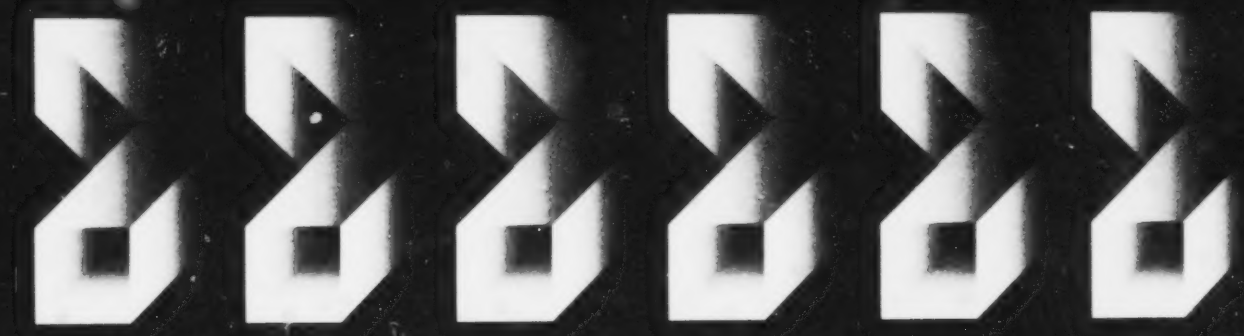
Health Canada Santé Canada

Audit and Accountability Bureau

Bureau de la vérification et de la responsabilisation



INTERNAL AUDIT REPORT

Review of the Provider Audit Program Proposed by FCH

Risk Management Analysis

December, 1999

Canada

103-05802/

Audit Chronology

• Audit examinations started	April 15, 1998
• Audit examinations completed	November 1, 1998
• Draft Audit Report dated December 24, 1998 submitted for comment to:	
◦ Medical Services Branch, and	January 4, 1999
◦ First Canadian Health	January 5, 1999
• Comments received on draft Audit Report dated December 24, 1998 from:	
◦ Medical Services Branch, and	January 15, 199
◦ First Canadian Health	January 18, 1999
• Revised draft Audit Report dated February 25, 1999 submitted for comment to:	
◦ Medical Services Branch, and	March 2, 1999
◦ First Canadian Health	March 2, 1999
• Comments received on draft Audit Report dated February 25, 1999 from:	
◦ Medical Services Branch, and	April 9, 1999
◦ First Canadian Health	March 22, 1999
• Final draft Audit Report dated April 19, 1999 submitted to Medical Services Branch for acceptance and response	May 4, 1999
• Response to audit recommendations received from Medical Services Branch	October 12, 1999
• Audit Report approved by the Departmental Audit and Evaluation Committee	December 15, 1999

Table of Contents

Page

Executibe Summary i

1.0 Introduction 1

2.0 Scope and Objectives of the Assignment 4

3.0 Review of Methodology Proposed by FCH 7

3.1 FCH's Proposed Audit Methodology 7
3.2 Findings and recommendations 8
3.2.1 Audit Depth 9
3.2.2 Contractual Limitations 10
3.2.3 Skill Requirements and Training 11
3.2.4 Regional Involvement 13
3.2.5 Audit Criteria 13
3.2.6 Client Confirmations 14
3.2.7 Penalties for Deviations 15

4.0 Description of the Risk Management Process 17

5.0 Overall Risk Management Strategy 23

5.1 Existing Risk Management Process 23
5.2 Definition of Roles and Responsabilitiess 25
5.3 Accountability 25
5.4 Ressources and Core Competencies 26
5.5 Consistency and Uniformity 27
5.6 Communication and Reporting 28
5.7 Drug Utilization Review 29

6.0 Conclusion 31

Appendix A 33

Appendix B 43

Appendix C 44

Executive Summary

Background Information

Health Canada has the responsibility of providing a number of health related goods and services to approximately 655,000 registered Indians, eligible Inuit and eligible Innu. These goods and services, known as non-insured health benefits ("NIHB"), include: pharmacy (including prescription and over-the-counter-drugs, medical supplies and equipment), dental care, vision care, medical transportation, provincial health care premiums and other health care services, and are, in general, provided by a wide array of registered providers throughout Canada. The Medical Services Branch ("MSB") has identified the specific goods and services that registered Indians, eligible Inuit and eligible Innu are entitled to receive under the NIHB Program. The program covers a range of health benefits not included in provincially administered insured health care programs. Once pharmacy, dental and medical supplies and equipment benefits have been provided to eligible recipients, the registered providers submit their claims for reimbursement to the Health Information Claims Processing System which is operated by a contractor. The contractor subsequently applies for reimbursement to Health Canada.

Program Challenges

> An important principle of the Non-Insured Health Benefit Program is to deliver quality health services to all registered Indians, eligible Innuit and eligible Innu resident in Canada, regardless of their location or income level. Health Canada also strives to ensure national consistency of mandatory benefits, equitable access and high standards of benefits and services. Such ambitious goals and objectives are not without challenges and obstacles.

The main challenges to the successful management of the NIHB Program and its inherent risks can be summarized as follows:

- The population being served by the NIHB Program is geographically dispersed, often located in isolated communities which makes the delivery of the benefits in a cost effective manner more difficult;

- Several governments are involved in the delivery of health services to registered Indians, eligible Inuit and eligible Innu, making the program more difficult to manage; and
- The role played by the physicians or the dentists cannot be controlled. On occasion the dentists will prescribe the newest and most expensive dental services and the program is often not entitled to refuse coverage.

The above mentioned factors impact the management of the NIHB Program and make it difficult to compare it with other health programs offered by provinces or other federal departments.

Scope

Ernst & Young was asked to review the proposed audit programs ("dental and pharmacy") submitted by FCH and to comment on their adequacy. Management and the Internal Audit Directorate of Health Canada viewed the change in contractor of the HICPS as an ideal opportunity to review the current audit approach and make appropriate modifications to strengthen the overall management of the program.

The original scope of this assignment was subsequently expanded to review the overall risk management strategy and structure of the NIHB Program. It became apparent as information was identified that the current level of audit activity mutually agreed upon by FCH and MSB would not be sufficient to accomplish the goals and objectives of the Department and adequately address the issues raised by the OAG and the media.

The review was conducted from April 15, 1998 to November 1, 1998. The comments in this report reflect the situation as it was on November 1, 1998

Objectives

The objective of the review was to assess the:

- Adequacy of FCH's provider audit approach for dental and pharmacy benefits; and
- MSB's overall risk management of the NIHB Program.

Our review of MSB's overall risk management of the NIHB Program was limited to the financial aspects of the program. There are however a number of concepts which also relate to a broader risk management model which includes health concerns of the program. Health related risks of the NIHB Program were therefore not specifically addressed in this review as they were outside the scope of this assignment.

Methodology

In order to meet the objectives of the review we performed the following activities:

- **Review of documentation**
- **Conduct of interviews**
- **Analysis of provider audit programs and identification of audits risks and criteria**

Review of FCH`s proposed methodology

Findings and Recommendations

Based on our review of FCH's proposed audit methodology, we have identified the risks related to claims processing and the controls or risk management strategies implemented by FCH or management. Some of the risks are not covered by FCH or an internal strategy. It is these risks that present the greatest threat to management in the successful delivery of the program. The following describes these risks and our recommendations to mitigate them.

Audit Depth

The audit coverage proposed by FCH meets its contractual requirements, however, there is a significant gap between the depth of the audit coverage and the overall risk of the NIHB Program.

Recommendation 1

MSB should increase the audit activity levels through the establishment of a risk management team until there is evidence that abuse or fraud has been significantly reduced to manageable levels.

Contractual Limitations

FCH's contract does not promote increased levels of audit activity to minimize the overall risk related to the NIHB Program.

Recommendation 2

MSB should amend the current contract with FCH to better compensate FCH for recoveries and increased audit activity.

Skill Requirements and Training

FCH employees do not have the skills required in fraud detection and audit to properly deal with situations of higher risks where patterns indicate potential fraud.

Recommendation 3

FCH should implement a training program that ensures that employees meet the core competency requirements.

Regional Involvement – Choosing and Performing Focused Audits

Regional offices are not used to their full potential in identifying potential auditees and designing audit programs which are relevant to the providers to be audited.

Recommendation 4

As proposed in FCH's audit approach (Phase 1, Audit Selection), MSB should ensure that a formal process is established to obtain Regional office input regarding the selection of providers for on-site audits.

Audit Criteria

The list of audit criteria does not, in our view, adequately address all risks. We believe the process should be more dynamic.

Recommendation 5

MSB and FCH should review performance indicators on a regular basis to ensure that current issues are taken into consideration when determining potential auditees.

Recommendation 6

FCH should conduct random audits.

Client Confirmations

Client confirmations for pharmacy are not followed up by FCH in instances of non response which may be an indication of irregularities.

Recommendation 7

FCH should follow up on all non responses to confirmation requests if they are not received within a prescribed timeframe.

Penalties for Deviations

In only extreme circumstances will a provider number be revoked as a result of improper billing activities.

Recommendation 8

FCH, in conjunction with MSB, should implement a more aggressive approach to penalizing abusers.

Conclusion

Although there are some modifications which can be made to FCH's proposed methodology and structure, the overall strategy is adequate given the current contract. FCH can make improvements with respect to the audit depth, audit criteria, training and use of client confirmations.

Although the overall methodology meets the minimum contractual requirements it may not be appropriate for the overall Non-Insured Health Benefits Program. Several risks related to the management of the program are not covered by FCH. There is a need for a broader risk management model which will take into account all aspects of the program. The following sections detail the components of an effective risk management model and recommendations for MSB to strengthen their process.

Description of the risk management process

For the NIHB Program to manage these risks, the major business risks must be defined and controls must be put in place to manage the risks. Health Canada and MSB need to define and implement a governance model which will address the risks associated with the program. During the review, we identified the broader risks related to the delivery of health services in the Non-Insured Health Benefits Program. Our analysis focused on three categories of risks associated with the processing of claims and the potential abuse by clients and providers of the program: inherent risk, control risk and detection risk. A more complete risk assessment should be performed within the governance model on all components of the program to limit the overall exposure of the program.

- *Inherent Risk: Risk associated with the nature of the program and its operations.*

  We have assessed the inherent risk of the NIHB Program as **high** due to the following:

  ⇒ Drugs represent by nature a very high risk to the program given their varied uses.
  ⇒ The high volume of transactions and the low dollar value of individual transactions also increases the risk as it becomes increasingly difficult to

identify billing irregularities when the audit population contains thousands of similar transactions.

⇒ The sensitivity of the program with registered Indians, eligible Inuit and eligible Innu, as well as with the government also increases the inherent risks.

⇒ First Nations communities are often located a considerable distance from cities and are isolated. The distance, the language barriers and the fact they do not have easy access to resources and programs makes any awareness program difficult to implement.

⇒ The administrative structure of the program increases the risk associated with the successful delivery of the program.

- *Control Risk: Risk to the NIHB that existing internal controls will not detect ineligible claims.*

We have assessed the overall control risk as **high** :

⇒ Claims submitted to the contractor for reimbursement for pharmacy benefits do not have hard copy support and are rarely subject to a complete verification. This increases the challenge to MSB.

- *Detection Risk: Risk that irregularities not detected by internal controls will not be detected through audits.*

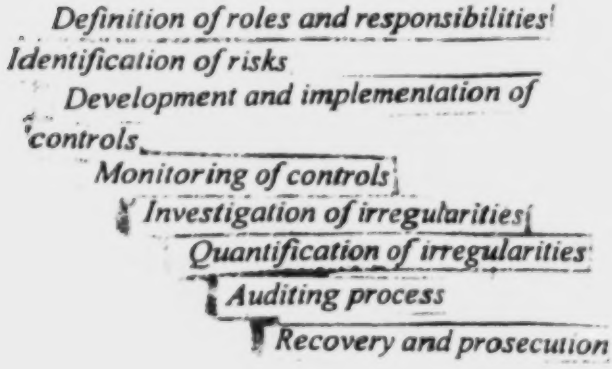
If the inherent and control risks are high, there needs to be additional audit activity to detect possible irregularities. Due to the assessment of the two previous risk categories, detection risk is also assessed as **high** due to the following:

⇒ MSB does not currently have effective monitoring processes in place throughout the organization.

Based on our overall review, we will have assessed the overall risk associated with the NIHB Program as **high**. MSB has taken a number of initiatives to strengthen the provider audit programs, however due to the importance of the program to registered Indians, eligible Inuit and eligible Innu and the significant expenditures of the program, MSB's management of NIHB must be comprehensive to minimize future program risks.

Components of an Effective Risk Management Process

The previous section identified the different factors contributing to the overall risk of the NIHB Program. To effectively manage the program, several key activities must be carried out and monitored. The following is a summary of the components of an effective program management and governance structure:



Overall Risk Management Strategy

Management needs to implement a more formal governance model to ensure proper authority and accountability exist to minimize the overall exposure of the program.

There are several positive activities performed by Health Canada with respect to monitoring risks such as the Drug Utilization Review, the Dental Provider Profiling System, Pre-Determination and Prior approvals. However, we believe other initiatives can be implemented to ensure all risks are controlled and monitored.

Existing Risk Management Process

The risk of not having a well defined risk management process can result in NIHB risks not being identified and therefore not being controlled and monitored. It is important that all risks associated with the program be identified and appropriate controls be in place.

Regional employees involved in the process are not aware of who is responsible for the overall risk management of the program. The responsibility for detecting and monitoring billing irregularities has not been assigned to anyone specifically and as such the accountability framework does not exist.

Recommendation 9

MSB should implement a risk management process as defined in section 4.0 of our report.

We believe at a minimum the process should include the following activities:

- Identify risks;
- Implement control mechanisms;
- Define activities;
- Assign and define responsibilities;
- Monitor results; and
- Hold employees accountable.

Definition of Roles and Responsibilities

In all reported instances, parties involved in the audit activity could not clearly define roles and responsibilities for themselves or their peers. Few employees at the Region or Heaquarters were capable of defining the roles the audit liaison individual or Internal Audit play in the overall risk management strategy.

Recommendation 10

MSB should clearly define, communicate and monitor the roles and responsibilities for all individuals involved in the risk management process.

Accountability

The accountability issue is closely linked to our previous observation. Because responsibilities have not been defined and assigned to specific employees, the

accountability framework does not exist. Employees cannot be held accountable if they are not aware of what their responsibilities are. Furthermore, since activities have not been assigned, the implication is that results are only monitored on an ad-hoc basis. There is no consistency in the monitoring or the reporting of results.

Recommendation 11

MSB should formally establish an accountability framework and define and communicate specific reporting activities in order to ensure program consistency.

Resources and Core Competencies

Given the level of risk associated with the program and the nature and structure under which it operates, it appears that the current level of resources is not sufficient to properly address the issues. Management must decide the extent to which they wish to implement controls in order to clearly determine their resourcing needs.

Recommendation 12

MSB should create a multidisciplinary risk management team and develop a matrix of required resources and core competencies. Establish a clear mandate for the risk management team which would include the overall risk management process defined in Recommendation 4.1.

Consistency and Uniformity

During our review, we noted that common issues are identified and addressed individually in the Regions with minimal Headquarters guidance. There is a lack of consistency and sharing of initiatives that address these common issues.

Recommendation 13

Implement a formal issue resolution process, coordinated and supported by Headquarters.

Communication and Reporting

The structure to share initiatives is weak.

Regions meet on a regular basis to discuss ideas and share information but there is no formal agenda and individuals who attend the meetings are not held accountable. Meetings should be conducted under a more formal agenda and individuals should go back to their Region with an action plan to implement new initiatives shared at the conference.

Recommendation 14

MSB should develop and implement an internal communication strategy.

Drug Utilization Review or Dental Provider Profiling System

The Drug Utilization Review ("DUR") is a system used to identify and follow up on cases of excessive utilization of Central Nervous System medications covered by the NIHB Program. Several Regions also use the program as a tool to identify potential abuse or fraud. Similarly, the Dental Provider Profiling System ("DPPS") is used in the dental field to identify inappropriate treatment and instances where alternate treatment can be used. The DPPS is not being used to the same extent as the DUR as it was only recently introduced and the associated learning is on-going. Because of the limited use of the DPPS, our observations mainly relate to the DUR.

Recommendation 15

MSB should implement policies and procedures to ensure that both the DUR and DPPS are consistently used by all Regions to interpret and monitor excessive program utilization and identify possible fraud.

Conclusion

The overall risk management strategy for the organization as a whole has significant shortcomings. The first task to remedy this situation is for management to identify risks associated with the delivery of the program as an important priority and to allocate the necessary resources. Management support is essential to achieving the intended results and retaining the required attention and profile.

Management should then form a risk management team. Resources and roles and responsibilities need to be identified and a risk management accountability framework must be implemented. Accountability will be key to the overall success of the audit component of the program.

Communication channels need to be fostered to ensure that best practices and effective initiatives are clearly communicated to all regions. With the appropriate structure, senior management commitment, resources and techniques, the overall risk associated with the program can be reduced to an "acceptable" level.

In terms of the overall audit approach proposed by FCH, we believe they have made some significant improvements in the overall process. They are also meeting their contractual requirements in terms of the minimum level of activity. However, because of contractual limitations and the purpose of their mandate, their overall level of activity is minimal and will not address the concerns raised with respect to the NIHB Program.

There are some significant gaps in what FCH is contracted to deliver and what is required to adequately address the issues facing the NIHB Program. The fixed fee contract, the skill sets and core competencies, their level of resources and the scope of their mandate are all issues that increase the challenge of implementing an overall risk management strategy.

1.0 Introduction

Background Information

Health Canada has the responsibility of providing a number of health related goods and services to approximately 655,000 registered Indians, eligible Inuit and eligible Innu. These goods and services, known as non-insured health benefits ("NIHB"), include: pharmacy (including prescription and over-the-counter-drugs, medical supplies and equipment), dental care, vision care, medical transportation, provincial health care premiums and other health care services, and are, in general, provided by a wide array of registered providers throughout Canada. The Medical Services Branch ("MSB") has identified the specific goods and services that registered Indians, eligible Inuit and eligible Innu are entitled to receive under the NIHB Program. The program covers a range of health benefits not included in provincially administered insured health care programs. Once pharmacy, dental and medical supplies and equipment benefits have been provided to eligible recipients, the registered providers submit their claims for reimbursement to the Health Information Claims Processing System which is operated by a contractor. The contractor subsequently applies for reimbursement to Health Canada.

The Non-Insured Health Benefits Program operates within the fiscal environment of the Indian and Inuit Health Program. NIHB expenditures account for approximately 50% of the total Indian and Inuit Health Program Envelope expenditure of $1,052.8 million for fiscal 1997-1998. The NIHB Program budget for 1997-1998 was in the amount of $529.4 million. Actual expenditures totaled $507.7 million in 1997-1998. Pharmacy represents 35% of the expenditures for a total of $180 million while dental accounts for 20% for a total of $104 million. The remainder of the budget is for transportation, vision care, premiums and other health care benefits.

Several parties are involved in the delivery of drugs, dental services and medical supplies and equipment under the NIHB Program. We will briefly introduce all participants and define their role in the claims processing process.

- *Registered Indians, eligible Inuit and eligible Innu:* With a total client population of over 655,000 located in 10 provinces and 2 territories, registered Indians, eligible Inuit and eligible Innu receive health benefits not covered by

provincial programs. In order to receive the benefits they must use a registered provider and demonstrate they possess the criteria of eligibility for the program.

- *Service Providers (pharmacies, dentists and medical supplies and equipment providers):* There are approximately 21,300 dental providers, 6,500 pharmacy providers and 2,000 medical supplies and equipment providers across the country, both individuals and organizations, providing services to NIHB clients. The service providers subsequently submit claims for reimbursement through the contractor.

- *Health Information and Claims Processing System ("HICPS") contractor as of December 1, 1998(First Canadian Health)("FCH"):* The contractor hired by Health Canada is responsible for processing claims and reimbursing the service providers for services to registered Indians, eligible Inuit and eligible Innu, the contractor is then subsequently reimbursed by Health Canada. As the administrator of HICPS, FCH is responsible for exercising effective management of the claims processing system. The main focus of FCH internal controls and audit processes are to detect and deal with billing irregularities and to ensure the legitimacy of prescribers and providers. In addition, Health Canada has contracted with FCH to perform a minimum level of audit activity as part of the overall claims processing contract.

- *Health Canada:* The Medical Services Branch ("MSB") of the Department is responsible for the effective management of the NIHB Program.

- *Physicians:* Physicians provide medical care to registered Indians, eligible Inuit and eligible Innu and their fees are generally reimbursed by the provincial health care program. Their responsibility is limited to the management of patients, and apart from writing prescriptions for their patients, they do not otherwise participate directly in the Non-Insured Health Benefits Program.

Program Challenges

An important principle of the Non-Insured Health Benefit Program is to deliver quality health services to all registered Indians, eligible Inuit and eligible Innu resident in Canada, regardless of their location or income level. Health Canada also strives to ensure national consistency of mandatory benefits, equitable access

and high standards of benefits and services. Such ambitious goals and objectives are not without challenges and obstacles. The program has been commented on by the Office of the Auditor General (OAG) and the media. The report of the Auditor General on First Nations Health identified the following:

> "Significant weaknesses exist in the management of pharmacy benefits under the Non-Insured Health Benefits Program, allowing clients to access extremely high levels of prescription drugs. Although the Department has been aware of the problem of prescription drug misuse for almost 10 years, we found no evidence that the ease of access to prescription drugs has changed in any significant way...action to intervene has been slow."

They have highlighted the abuse of some clients and providers and the problems encountered by management in the control of this ever increasing problem.

The main challenges to the successful management of the NIHB Program and its inherent risks can be summarized as follows:

- The population being served by the NIHB Program is geographically dispersed, often located in isolated communities which makes the delivery of the benefits in a cost effective manner more difficult;
- Several governments are involved in the delivery of health services to registered Indians, eligible Inuit and eligible Innu, making the program more difficult to manage; and
- The role played by the physicians or the dentists cannot be controlled. On occasion the dentists will prescribe the newest and most expensive dental services and the program is often not entitled to refuse coverage.

The above mentioned factors impact the management of the NIHB Program and make it difficult to compare it with other health programs offered by provinces or other federal departments. Internal controls or audit techniques used by other programs are often ineffective for the NIHB Program. For example, other programs use client confirmations extensively to ensure that benefits were delivered and that clients exist. The use of client confirmations is difficult for the NIHB Program primarily due to language barriers and the mobility of the client population. Many clients do not speak English or French and do not have a fixed address to which the confirmation can be sent. Furthermore, it is important to remember that First Nations view health programs as a treaty right and therefore as the responsibility of the Federal Government. These factors increase the risk to the program and affect management's ability to properly manage these risks.

2.0 Scope and Objectives of the Assignment

Scope

Effective December 1, 1998, First Canadian Health Management Corporation Inc. ("FCH") assumed responsibility for the national automated Health Information Claims Processing System ("HICPS") for the Non-Insured Health Benefits Program. Given the results of the audit performed by the Office of the Auditor General and the weaknesses identified in the provider audit programs, Ernst & Young was asked to review the proposed audit programs ("dental and pharmacy") submitted by FCH and to comment on their adequacy. Management and the Internal Audit Directorate of Health Canada viewed the change in contractor of the HICPS as an ideal opportunity to review the current audit approach and make appropriate modifications to strengthen the overall management of the program.

The original scope of this assignment was subsequently expanded to review the overall risk management strategy and structure of the NIHB Program. It became apparent as information was identified that the current level of audit activity mutually agreed upon by FCH and MSB would not be sufficient to accomplish the goals and objectives of the Department and adequately address the issues raised by the OAG and the media. Although this aspect of the review does not directly impact on FCH, it is essential that these issues be addressed in order to ensure the effective management of the program.

In light of the recent developments, we were asked to determine if the current management structure and its activities were sufficiently dynamic to deal with unanticipated events. Although there are no tools available to prevent fraud when collusion is involved, there are some risk management strategies which will reduce the overall risk associated with the program. It is from that perspective that we have formulated our recommendations.

The review was conducted from April 15, 1998 to November 1, 1998. The comments in this report reflect the situation as it was on November 1, 1998

Objectives

The objective of the review was to assess the:

- Adequacy of FCH's provider audit approach for dental and pharmacy benefits; and
- MSB's overall risk management of the NIHB Program.

Our review of MSB's overall risk management of the NIHB Program was limited to the financial aspects of the program. There are however a number of concepts which also relate to a broader risk management model which includes health concerns of the program. Health related risks of the NIHB Program were therefore not specifically addressed in this review as they were outside the scope of this assignment.

Methodology

In order to meet the objectives of the review we performed the following activities:

- **Review of documentation** — A list of the more significant documents reviewed can be found in appendix B.
- **Conduct of interviews** — We conducted several interviews with Health Canada representatives at Headquarters and in the following Regional offices; Ontario, Manitoba, British Columbia, Alberta and Quebec; as well as representatives of FCH. The main purpose of the interviews was to obtain an understanding of the current control environment and of the management structure that is in place to address the risks associated with the program. The interviews were also conducted to determine management's concerns with the program and how they believed it could be improved. The number of interviews was extensive and, as such, the names will not be listed here but can be obtained upon request.

- **Analysis of provider audit programs and identification of audits risks and criteria** — Based on our knowledge of the NIHB Program we performed the following:

  - developed a list of audit risks and criteria and reviewed the proposed audit programs to determine if they were adequately addressed by the audit methodology. See appendix A.

  - reviewed the extent to which roles and responsibilities were defined and communicated at the various levels of the organization.

  - reviewed the proposed provider audit programs for dental and pharmacy and assessed the adequacy of the methodology, identified gaps, assessed the audit coverage and reviewed the overall audit process.

- **Research of benchmarking information** — We surveyed a number of federal and provincial departments as well as private firms that operate in similar environments in order to analyze audit practices in terms of claims processing. Due to differences in program structures and client populations, it was not possible to apply the other organization's practices to those outlined in FCH's proposal. Also, due to the sensitive nature of the information, the amount of information obtained by Ernst & Young was not relevant benchmarking information and as such we were not in a position to comment on whether or not MSB is at the leading edge in terms of best practices in the industry.

3.0 Review of Methodology Proposed by FCH

This section will review the proposed audit approach and overall strategy recommended by FCH. The audit activities of FCH are one component of the overall risk management strategy required to ensure the successful delivery of the program in a cost effective manner. Some of the observations noted in this section are not necessarily in FCH's control but relate more directly to some of the activities they are conducting.

While performing our review, we identified some weaknesses with the audit process itself which increases the overall risk of the program. Some of the details are difficult to resolve because of the nature of the program and the environment in which it operates, however if management is aware of its limitations, they can develop initiatives that take them into account. These initiatives are addressed in Section 5, Overall Risk Management Strategy.

As a general rule no audit approach will ever completely eliminate risk. There are inherent limitations to any audit process and management of the program must be in a position to define an acceptable level of risk. In addition, audit procedures will not necessarily uncover fraud or fully act as a deterrent, especially in instances where there is collusion. However, where possible, we will highlight instances where fraud could occur and recommend possible deterrents.

3.1 FCH's Proposed Audit Methodology

FCH's proposed audit methodology for the pharmacy audits is summarized in Appendix C of the report. Based on our understanding and our review of the initial draft of the proposed dental program audits, the methodologies are similar in nature and content. Highlights of the proposed methodology are as follows:

- Claims information will be analyzed based on seven different profiling tests, analyzed quarterly, which will yield a list of 60 proposed on-site audits to be conducted annually.

- List will be provided to MSB for review, input and approval of selection.

- A selected number of transactions, based on the results of seven different profiling tests, will be selected for on-site verification. Client confirmations will be sent where appropriate.

- Audit findings reviewed and discrepancies attempted to be recovered from the provider.

- A summary report is provided to MSB with the findings, and any recommended follow-up action (i.e. audit within six months, refer to licensing body, etc.).

Additional procedures proposed by FCH are as follows:

- Next Day Audits - Additional review procedures will be performed the day following the claims submission for claims exceeding $100, multiple claims for the same client, claims with an intervention code and claims for compound or over-the-counter drugs, to determine if further investigation is warranted.

- Client Complaints - all complaints received from clients will be sent to MSB and handled by MSB and forwarded to FCH if it is of an audit nature.

The proposed audit methodology focuses on the claims processing and does not address other risk management strategies. FCH is however responsible for maintaining an effective claims processing organization.

3.2 Findings and Recommendations

Based on our review of FCH's proposed audit methodology, we have identified the risks related to claims processing and the controls or risk management strategies implemented by FCH or management. Some of the risks are not covered by FCH or an internal strategy. It is these risks that present the greatest threat to management in the successful delivery of the program. The following describes these risks and our recommendations to mitigate them.

3.2.1 Audit Depth

The audit coverage proposed by FCH meets its contractual requirements, however, there is a significant gap between the depth of the audit coverage and the overall risk of the NIHB Program.

The appropriate level of audit activity depends on the purpose of the activity and the expected results. An organization that wishes to use audit as the main deterrent for fraud and abuse will have to invest significantly more resources to achieve its objective than an organization that utilizes audit as one of many tools to reduce the inherent risk of the program. In essence, the appropriate level of audit activity varies significantly from one organization to another. In performing our review, we obtained industry data which indicated there are very few standards in the practice given the significant variances in claims processing. Because the structure of programs varies so much, key controls and inherent risks will fluctuate from one organization to the other. During our benchmarking exercice we were unable to obtain sufficient relevant information to comment on whether or not MSB is at the leading edge in terms of best practices in the industry.

Based on our review of the Non-Insured Health Benefits Program, the inherent risk associated with the program is significantly high because of the different geographic locations and the structure of the program. Consequently, management may wish to increase the level of effort dedicated to the audit activity in an attempt to reduce the overall risk on a long term basis.

The level of audit activity proposed by FCH meets and, in some instances, exceeds their contractual requirements (for example the introduction of next day audit). The contract requested the same level of audit activity as the previous contractor. Nevertheless, there is a significant gap between the depth of the audit coverage and the overall risks of the NIHB Program. FCH's strategy and proposed audit methodology only accounts for a small portion of the overall risk management strategy which should be used by Health Canada.

Recommendation 1

MSB should increase the audit activity levels through the establishment of a risk management team until there is evidence that abuse or fraud has been significantly reduced to manageable levels.

The audit program should be dynamic in order to ensure it can respond to the risks associated with the program. Specifically, the level of audit activity should be driven by MSB Headquarters' and the Regional offices' identification of billing irregularities and possible frauds. In order to increase audit activity levels, additional resources, internal and external, must be available. Management should consider negotiating an agreement with an external party for additional services especially in fields where core competencies are weak internally. The agreement can be structured on an hourly basis or "per audit" which gives management the flexibility to do as much or as little as they feel is necessary. The increased audit activity should quickly become public knowledge and act as a deterrent. The increased operational costs of the additional resources and activities will likely be offset indirectly through reduced claims in future years.

3.2.2 Contractual Limitations

FCH's contract does not promote increased levels of audit activity to minimize the overall risk related to the NIHB Program.

When FCH submitted their proposal for the HICPS for non-insured health benefits, they negotiated a fee based on claim lines processed plus fixed fees for the toll free number and discretionary projects. Such a price structure is appealing to the Department because it is all inclusive and easy to manage. There is no requirement for adjustments and the number of claims processed is easily verified.

There are however some limitations with this type of contract. The audit component of the contract is covered in the fixed price formula which then becomes an overhead cost to the contractor. There are no immediate financial incentives within the contract linked to the uncovering of additional irregularities for Health Canada specifically. Not only does FCH not benefit from the recoveries, the more anomalies they find, the more expensive it becomes for them

to operate because their claim lines decrease and the audit process becomes an administrative burden which is costly to operate.

To maximize the profit element on the contract, FCH could keep its audit activities to a minimum. The level of effort invested in the audit process will cover their contractual responsibility and may not necessarily meet the needs of the Department. As it is currently written, the contract does not promote increasing the level of audit activity to minimize risk.

Recommendation 2

MSB should amend the current contract with FCH to better compensate FCH for recoveries and increased audit activity.

Our understanding is that public funds can be used to pay a contractor for services rendered however, funds cannot be used as a reward. As such, the contract with FCH can be formulated to include an individual component for the audit process as opposed to being part of the overhead for the contractor. The fees paid can be based on a percentage of recovery which will directly increase their performance. Using such a compensation package will also allow management some flexibility in the level of audit activity. However, FCH may not be the solution to the underlying problem and the implementation of a risk management team may eliminate the need for FCH to significantly increase their level of effort and audit activities.

3.2.3 Skill Requirements and Training

FCH employees do not have the skills required in fraud detection and audit to properly deal with situations of higher risks where patterns indicate potential fraud.

Having the appropriate background to uncover irregularities and recognize the signs of abuse and fraud is essential to the successful implementation of the audit process. Not only do these auditors need the medical or dental background but they must also be trained in auditing and fraud detection. Based on our conversation with representatives from FCH, most of the employees who will be responsible for the auditing component of the contract will have the appropriate medical or dental background.

However, the training or skills for auditing and fraud detection seem weak. We were informed most of the trainees receive anywhere between four to six weeks of training, not all of which is related directly to claims processing or the NIHB Program. Most of the training to be offered is not related directly to auditing or the Non-Insured Health Benefits Program. Examples of training to be given included Excel training, orientation to the company and understanding reports and data. Auditors can go through years of training before they become familiar with and can identify the signs of risk. Although we do not believe such a comprehensive program is required in this situation because the environment is limited and the activities are repetitive in nature, we believe the current program does not adequately address the core competencies required to offer a comprehensive risk management strategy. FCH employees do not have the skills required in fraud detection and audit to properly deal with situations of higher risk where patterns indicate potential fraud.

Recommendation 3

FCH should implement a training program that ensures that employees meet the core competency requirements.

Employees hired by FCH to perform audit procedures should receive a more comprehensive training program to ensure they are appropriately trained to detect billing irregularities and signs of potential fraud. General training can be obtained by local firms specializing in such services but specific training related to the particularities of the program also needs to be provided. The latter should be developed internally to specifically address issues pertinent to the Non-Insured Health Benefits Program.

We also believe some of the weaknesses in terms of training and core competencies in FCH's approach can be compensated by the risk management team. FCH's responsibilities, according to the contract, do not relate to the overall risk management of the program. They only impact the claims processing aspect. Therefore, it may not be necessary for FCH personnel to be extensively trained in fraud detection and audit if the risk management team has those core competencies.

3.2.4 Regional Involvement – Choosing and Performing Focused Audits

Regional offices are not used to their full potential in identifying potential auditees and designing audit programs which are relevant to the providers to be audited.

Regional offices will be advised of up coming audits to be performed by FCH and will be involved in the decisions of which providers will be audited in their respective region. The process needs to be taken a step further and Regional offices need to be involved to a greater extent. In many cases, Regional personnel are in the best position to have the most useful information concerning providers and the type of activity they perform through insider knowledge and contact with the Associations.

Recommendation 4

As proposed in FCH's audit approach (Phase 1, Audit Selection), MSB should ensure that a formal process is established to obtain Regional office input regarding the selection of providers for on-site audits.

Headquarters should develop a risk based model which each Region should use to submit their list of candidates on a quarterly basis. Once the auditees have been selected, there should be a process whereby Regional offices can have some input into the procedures performed during the audit to ensure it is focused on problem areas. Such an approach would likely increase recoveries and reduce the level of effort required.

3.2.5 Audit Criteria

The list of audit criteria does not, in our view, adequately address all risks.

Prior to selecting potential auditees, FCH proposes a series of analyses to determine which candidates represent the highest risk to the organization. The established profiling techniques deal only with a limited number of profiling criteria. Providers who submit "average size" claims that contain false

information or outside of boundary information will most likely never be reviewed for irregularities under this system. Similarly, a provider who submits a significant number of claims within a relatively short period of time will not likely be chosen because this number of claims does not qualify as excessive from an overall perspective. We understand that on a yearly basis, the NIHB Program will review the pharmacy and dental audit program for ongoing appropriateness. We believe the process should be more dynamic.

Recommendation 5

MSB and FCH should review performance indicators on a regular basis to ensure that current issues are taken into consideration when determining potential auditees.

Recommendation 6

FCH should conduct random audits.

The process should be dynamic to ensure criterias or performance indicators always reflect the risk profiles identified and the methods of abuse that exist. The list of audit criteria should be developed in conjunction with Headquarters who should coordinate with the Regions. On a regular basis, Headquarters and FCH review with the Regions detailing their most significant type of suspected abuse and the key indicators for detecting the anomalies. Headquarters can then pass the information along to FCH. We also recommend that some audits be performed on a random basis. Although the amount should be minimal, we believe they are an essential part of a complete audit approach.

3.2.6 Client Confirmations

Client confirmations for pharmacy are not followed up by FCH in instances of non response which may be an indication of irregularities.

Client and prescriber confirmations are used during on-site pharmacy audits when there is doubt as to the eligibility of a benefit. Although client confirmations can be very effective, follow up is essential. Based on our discussions with representatives from FCH, client confirmations are indeed used in instances where

the delivery of services is questioned. However, FCH management confirmed follow up of non responses was not going to be a part of their methodology. We believe a non response represents a higher risk and therefore further action is required.

Recommendation 7

FCH should follow up on all non responses to confirmation requests if they are not received within a prescribed timeframe.

The second confirmation will clearly indicate the willingness of FCH to obtain a response to the query. In the event that the second confirmation is also not returned, a follow up telephone call should be used whenever possible. In the event it has proven impossible to obtain a response, alternate procedures should be performed to confirm delivery of service effectively took place. Alternate procedures may include a request for confirmation to the prescriber or verification of original script to ensure that the prescriber effectively issued a script and the transaction is legitimate. In general, other providers may not encounter these problems with client confirmations not being returned because of the different client base.

3.2.7 Penalties for Deviations

In only extreme circumstances will a provider number be revoked as a result of improper billing activities.

Based on current practice, the penalties imposed on providers who perform illegal activities or have irregular billing practices are not severe enough to act as a deterrent. In most instances, letters of warning will be sent to providers or physicians advising them of suspicion but no aggresive actions are taken. In instances where irregularities are identified, funds are recovered but no aggressive action is taken.

The providers reimburse the NIHB Program for the irregularities that are identified but may continue their practice.

Recommendation 8

FCH, in conjunction with MSB, should implement a more aggressive approach to penalizing abusers.

Although it may be difficult to refuse or revoke provider privileges, particularly in situations where there is only one provider within several kilometers of MSB's clients, this action would certainly have a significant deterrent effect over program abuse. An alternate approach would be a progressive penalty system whereby providers are initially warned in writing when the irregularities are first discovered. Warnings should specify that on subsequent abuse of the program provider privileges will automatically be terminated.

Such providers should then be monitored closely to ensure billing irregularities have ceased. Other measures could include charging a processing fee to reverse billing irregularities or the publication of the name of providers who have performed irregular activities. In the worst cases the prosecution of the faulty provider should also be considered.

Conclusion

Although there are some modifications which can be made to FCH's proposed methodology and structure, the overall strategy is adequate given the current contract. FCH can make improvements with respect to the audit depth, audit criteria, training and use of client confirmations.

Although the overall methodology meets the minimum contractual requirements it may not be appropriate for the overall Non-Insured Health Benefits Program. Several risks related to the management of the program are not covered by FCH. There is a need for a broader risk management model which will take into account all aspects of the program. The following sections detail the components of an effective risk management model and recommendations for MSB to strengthen their process.

4.0 Description of the Risk Management Process

Introduction

For the NIHB Program to manage these risks, the major business risks must be defined and controls must be put in place to manage the risks. Health Canada and MSB need to define and implement a governance model which will address the risks associated with the program. During the review, we identified the broader risks related to the delivery of health services in the Non-Insured Health Benefits Program. Our analysis focused on three categories of risks associated with the processing of claims and the potential abuse by clients and providers of the program: inherent risk, control risk and detection risk. A more complete risk assessment should be performed within the governance model on all components of the program to limit the overall exposure of the program.

- *Inherent Risk: Risk associated with the nature of the program and its operations.*

  We have assessed the inherent risk of the NIHB Program as **high** due to the following:

  ⇒ Drugs represent by nature a very high risk to the program given their varied uses. Drugs can be used to cure illnesses, to eliminate infection or to relieve pain. However, drugs can also be obtained for other purposes such as illegal street usage or for resale on the black market.

  ⇒ The high volume of transactions and the low dollar value of individual transactions also increases the risk as it becomes increasingly difficult to identify billing irregularities when the audit population contains thousands of similar transactions.

  ⇒ The sensitivity of the program with registered Indians, eligible Inuit and eligible Innu, as well as with the government also increases the inherent risks. Corrective actions are more difficult to implement due to the potential ramifications attached to them. For example, if a provider is suspected of fraud or abuse of the system, it may be difficult to revoke

his privileges if the provider is the only registered provider of the program within a radius of several kilometers.

⇒ First Nations communities are often located a considerable distance from cities and are isolated. The distance, the language barriers and the fact they do not have easy access to resources and programs makes any awareness program difficult to implement.

⇒ The administrative structure of the program increases the risk associated with the successful delivery of the program. Although the industry trend is towards pay direct, many health benefit programs still require clients to disburse funds prior to obtaining a service. Furthermore, clients are required to provide documentation to support the claims they request be reimbursed. Registered Indians, eligible Inuit and eligible Innu do not have to pay up front for services and do not have to provide documentation to support claims. Instead, the service providers offer benefits which they subsequently claim through the HICPS. Because there is no cash outflow involved for the client, the risk of abuse is higher.

- *Control Risk: Risk to the NIHB that existing internal controls will not detect ineligible claims.*

While Health Canada has implemented several initiatives to control the misuse of the program (the drug utilization review, the NIHB drug exception centre, dental provider profiling system, predetermination of dental benefits and the establishment of several advisory committees) and FCH has proposed the use of diagnostic tracking of next day audits and on-site audits, we have nevertheless assessed the overall control risk as **high** :

⇒ Claims submitted to the contractor for reimbursement for pharmacy benefits do not have hard copy support and are rarely subject to a complete verification. This increases the challenge to MSB. The NIHB Program does not require providers to submit any proof that services were delivered. Providers need only submit proof of service on an exception basis, if it is required for verification due to audit by the contractor. MSB has to rely on the goodwill of physicians in terms of

getting confirmation that prescriptions are in fact valid. The audits are generally selected based on risk determined from a selection of eight criteria. Furthermore, there are over eight million claims annually submitted in POS real-time which makes it even more difficult because there is no audit trail evidence on which to rely.

> *Funds recovered for the 1996 fiscal year from audit activity were in the amount of $228,896 which represents only 0.08% of total expenditures for pharmacy and dental. In 1997-1998, 15 dental reviews were undertaken and only 3 resulted in recoveries of $25,144. Out of a total budget of over $100 million, recoveries of $25,000 are not significant enough to send a message to the providers that abuse will not be tolerated. Similarly, 50 field audits and 178 non field audits were conducted for pharmacy during the same period and funds recovered were only $9,074. The audit regime used by the contractor is essential, however it is not sufficient to act as an overall deterrent for the program.*

- *Detection Risk: Risk that irregularities not detected by internal controls will not be detected through audits.*

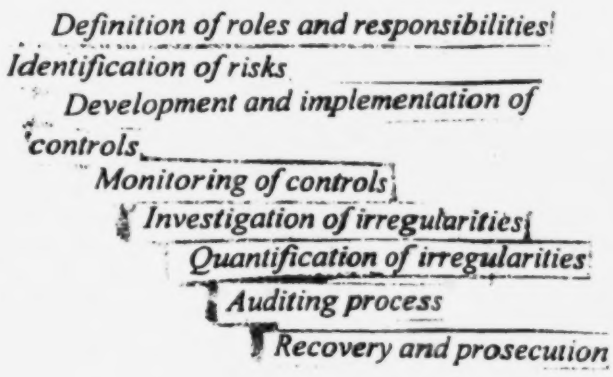
If the inherent and control risks are high, there needs to be additional audit activity to detect possible irregularities. Due to the assessment of the two previous risk categories, detection risk is also assessed as **high** due to the following:

⇒ MSB does not currently have effective monitoring processes in place throughout the organization. There is no process in place to identify all risks on a systematic basis and, as such, controls are not monitored consistently.

Based on our overall review, we will have assessed the overall risk associated with the NIHB Program as **high**. MSB has taken a number of initiatives to strengthen the provider audit programs, however due to the importance of the program to registered Indians, eligible Inuit and eligible Innu and the significant expenditures of the program, MSB's management of NIHB must be comprehensive to minimize future program risks.

Components of an Effective Risk Management Process

The previous section identified the different factors contributing to the overall risk of the NIHB Program. To effectively manage the program, several key activities must be carried out and monitored. The following is a summary of the components of an effective program management and governance structure:



- *Definition of roles and responsibilities:*

  To effectively accomplish any task, a clear definition of roles and responsibilities for all levels of management must be established. The activities must be identified and resources assigned to each task. This enables employees to be held accountable for results.

- *Identification of risks:*

  Before a risk management strategy can be developed, a comprehensive list of all risks associated with the program must be defined and quantified and the impact of those risks identified.

- *Development and implementation of controls:*

  Once risks have been identified, existing internal controls should be matched to ensure each risk is adequately covered by a corresponding control. In the event that internal controls are not present, management

should develop and implement control procedures to reduce the overall risk.

- *Monitoring of controls:*

  Internal controls are only effective in reducing overall risk if they are monitored on a regular basis and adjusted accordingly.

- *Investigation of irregularities:*

  Irregularities must be investigated in order to determine their nature and cause, and any necessary corrective action must be taken. If this does not occur, reliance cannot be placed on controls.

- *Quantification of irregularities:*

  Irregularities indicate a pattern or repeated behavior, the quantum of the maximum possible error should be estimated. If the estimate is significant, further investigation should be initiated.

- *Auditing process:*

  Regular audit:

  Regular audits are performed based on the contractor's risk profile for processed claims and input from MSB Regions and Headquarters.

  Forensic audit:

  If significant errors or irregularities are identified during the regular audit activity and management believes that further investigation is required, a forensic audit should be performed to address the specific issues to which the irregularity pertains.

  An important aspect of any forensic audit is the gathering of evidence. In instances where the irregularities are significant and management believes fraud is involved, the gathering of evidence becomes crucial to properly building a case which can later be used in a court of law. In instances where recourse to the courts is not deemed appropriate, it may still be

appropriate to gather evidence in a specific format to increase the chances of recovery.

- *Recovery and prosecution:*

  The ultimate goal of these activities is to recover funds in instances where billing irregularities have occurred or to prosecute in instances where fraud is suspected. This last phase of the overall risk management strategy is important as the outcome of this phase will act as the deterrent to future abuse. If this phase is not conducted properly or assigned penalties are inconsistent or too lenient, all other activities are of limited use.

These steps outline a strategy for effective overall management of the NIHB Program. Although it is not possible for a risk management strategy to completely eliminate risk of error or fraud, it reduces the overall program risk. It is essential that each activity be assigned an owner in terms of responsibility and accountability in order for the strategy to be successful.

5.0 Overall Risk Management Strategy

Introduction

In our overall review of the risk management strategy we concentrated on the initiatives undertaken by Headquarters and the Regions. Significant observations were noted regarding the overall framework related to audit activities. These observations are in no way intended to reflect on any of the personnel at MSB but reflect the current structure and environment in which employees operate. With a limited amount of additional resources and a clear definition of roles and responsibilities, several key activities can be used to reduce the overall risk associated with the program. Management needs to implement a more formal governance model to ensure proper authority and accountability exist to minimize the overall exposure of the program.

There are several positive activities performed by Health Canada with respect to monitoring risks such as the Drug Utilization Review, the Dental Provider Profiling System, Pre-Determination and Prior approvals. However, we believe other initiatives can be implemented to ensure all risks are controlled and monitored.

5.1 Existing Risk Management Process

The risk of not having a well defined risk management process can result in NIHB risks not being identified and therefore not being controlled and monitored. It is important that all risks associated with the program be identified and appropriate controls be in place.

During our review we analyzed the overall risk management process currently in place and identified some overall weaknesses. In several instances the Regions were aware of the key areas of concern and who the alleged offenders were, but did not know what to do with the information. Once irregularities are identified there is no formal process in place to investigate the discrepancies and recover the funds.

Headquarters has developed various initiatives such as the Drug Utilization Review, which is being implemented in most regions and involves sending letters to doctors or pharmacies requesting additional information or explanations for unusual billing patterns. In addition, certain regions have implemented their own initiatives. However these activities vary from Region to Region and are not applied consistently. For Regions that do not perform these monitoring activities the risk associated with the delivery of the program is even higher because controls are not monitored. There is a need to identify key monitoring activities and ensure consistency amongst the Regions.

Regional employees involved in the process are not aware of who is responsible for the overall risk management of the program. The responsibility for detecting and monitoring billing irregularities has not been assigned to anyone specifically and as such the accountability framework does not exist. Once the key activities have been identified, they need to be assigned to specific employees who will report the results on a regular basis.

Recommendation 9

MSB should implement a risk management process as defined in section 4.0 of our report.

We believe at a minimum the process should include the following activities:

- Identify risks;
- Implement control mechanisms;
- Define activities;
- Assign and define responsibilities;
- Monitor results; and
- Hold employees accountable.

Until a well defined process is in place it will be difficult to assess to what extent the NIHB Program is managed to control risks associated with the delivery of the services. Although the increased level of resources will undoubtedly translate into higher operational costs, the savings in the long term from reduced claims will likely offset the additional costs.

5.2 Definition of Roles and Responsibilities

In all reported instances, parties involved in the audit activity could not clearly define roles and responsibilities for themselves or their peers.

Few employees at the Region or Heaquarters were capable of defining the roles the audit liaison individual or Internal Audit play in the overall risk management strategy. For example, some Regions may not do any trend analysis or identification of potential abuse because they believe that this aspect of the program is entirely controlled and covered by activities performed by FCH. This lack of clearly defined roles and responsibilities makes the achievement of objectives very difficult to accomplish. No one is accountable for other types of audit activity or fraud detection mechanisms performed in each Region and the ensuing results, nor is Headquarters responsible for ensuring that a minimum level of initiatives are put in place. Regions and Headquarters seem to be doing what they believe is best in terms of auditing without having to report to anyone.

Recommendation 10

MSB should clearly define, communicate and monitor the roles and responsibilities for all individuals involved in the risk management process.

Given the growing concern with respect to fraud and abuse in the program, more rigid guidelines need to be established and monitored on a regular basis. Senior management must identify the prevention and detection of potential abuse as a key management issue which requires the full attention and devotion of staff members across the organization. Once it has been given priority, there needs to be a clear definition of the goals and objectives that need to be achieved within a given time frame. Roles and responsibilities for each of these objectives must be defined and assigned to specific individuals who will report on them on an on-going basis.

5.3 Accountability

The accountability issue is closely linked to our previous observation. Because responsibilities have not been defined and assigned to specific employees, the accountability framework does not exist. Employees cannot be held accountable if they are not aware of what their responsibilities are. Furthermore, since activities

have not been assigned, the implication is that results are only monitored on an ad-hoc basis. There is no consistency in the monitoring or the reporting of results.

Recommendation 11

MSB should formally establish an accountability framework and define and communicate specific reporting activities in order to ensure program consistency.

Once employees have been assigned clear roles and responsibilities, they need to be held accountable for their results. Employees should monitor results on an on-going basis and report to management on their findings.

5.4 Resources and Core Competencies

Given the level of risk associated with the program and the nature and structure under which it operates, it appears that the current level of resources is not sufficient to properly address the issues. Management must decide the extent to which they wish to implement controls in order to clearly determine their resourcing needs.

In order to have a complete risk management framework, management needs to determine the level of resources and the core competencies required. The NIHB Program is very complex and will require a minimum level of expertise in such areas as:

- medical, pharmaceutical and dental expertise to distinguish normal from abnormal behavior or patterns;
- fraud detection expertise to ensure that proper documentation of irregularities is obtained to properly prosecute alleged offenders; and
- auditing expertise to ensure that proper identification of risks and monitoring exists.

Recommendation 12

MSB should create a multidisciplinary risk management team and develop a matrix of required resources and core competencies. Establish a clear mandate for the risk management team which would include the overall risk management process defined in Recommendation 4.1.

Once roles and responsibilities are established, management should establish a team which includes both Headquarters personnel (to ensure practices for the identification and monitoring for risks) and representatives from all Regional offices (to bring regional information and perspective on the claims processing activities). This team will identify the core competencies required by each individual to meet their roles and responsibilities.

Resources can be obtained internally if the competencies of individuals are appropriate, training should be provided where appropriate. MSB should consider the benefits of Partnering for specialized resources on an as-needed basis for specialized skills.

5.5 Consistency and Uniformity

During our review, we noted that common issues are identified and addressed individually in the Regions with minimal Headquarters guidance. There is a lack of consistency and sharing of initiatives that address these common issues.

Recommendation 13

Implement a formal issue resolution process, coordinated and supported by Headquarters.

Headquarters should offer more support to the Regions and be involved in resolving conflicts with Associations and Colleges as the results may impact all Regions.

5.6 Communication and Reporting

The structure to share initiatives is weak.

Regions meet on a regular basis to discuss ideas and share information but there is no formal agenda and individuals who attend the meetings are not held accountable. Meetings should be conducted under a more formal agenda and individuals should go back to their Region with an action plan to implement new initiatives shared at the conference.

Similarly, audit findings are not communicated on a timely basis and therefore effective monitoring becomes difficult. Audit findings are often too summarized to be useful, they don't necessarily highlight the areas of weakness and as such it is difficult for the Regions to do proper monitoring of the situation.

Recommendation 14

MSB should develop and implement an internal communication strategy.

Communication and sharing of "best practices" would result in efficiencies and more effective management of the overall program. Guidelines and protocols for proper communication need to be developed and implemented throughout the organization. Improved communication skills will only enhance the success of the program. Responsibility for NIHB Program communication should be with the risk management team to ensure sharing of initiatives, reports and findings and the consistency of information throughout the program.

Current reporting should be reviewed to ensure that ensure information needs are met and only critical information to the management of the program by both Headquarters and the Regions is distributed.

5.7 Drug Utilization Review or Dental Provider Profiling System

The Drug Utilization Review ("DUR") is a system used to identify and follow up on cases of excessive utilization of Central Nervous System medications covered by the NIHB Program. Several Regions also use the program as a tool to identify potential abuse or fraud. Similarly, the Dental Provider Profiling System ("DPPS") is used in the dental field to identify inappropriate treatment and instances where alternate treatment can be used. The DPPS is not being used to the same extent as the DUR as it was only recently introduced and the associated learning is on-going. Because of the limited use of the DPPS, our observations mainly relate to the DUR.

Recommendation 15

MSB should implement policies and procedures to ensure that both the DUR and DPPS are consistently used by all Regions to interpret and monitor excessive program utilization and identify possible fraud.

We further recommend that the more experienced Regions act as mentors and share some of their techniques with other Regions on an on-going basis. Formal knowledge sharing sessions with use of actual data should be implemented on a quarterly basis. Best practices concerning the use of the DUR can easily be established and shared on a monthly basis in the form of a newsletter through the e-mail system.

In several instances pharmacists or officers in the Region indicated they were not sure what to do with the findings from the DUR analysis. Although some of these questions may be answered with the implementation of a risk management team, the DUR Advisory Committee could also expand on the existing protocol to include specific information concerning the detection of abuse or fraud. Although their initial mandate may not be to seek out indications of abuse and fraud but to review health outcomes the mandate could be expanded to include such things. The protocol should include as a minimum:

- steps used to identify potential abusers;
- once the abuse is suspected, additional information required to substantiate the suspicion, such as additional report analysis;

- additional information to be obtained to confirm or dispel the suspicion such as confirming certain details with the provider and asking for explanations on certain trends;
- process to follow once all information has been gathered, i.e. what needs to be done internally at the Region before contacting headquarters or the Internal Audit Directorate;
- clear definition of roles and responsibilities of FCH, Regions, Headquarters, Internal Audit Directorate, Legal Services and the RCMP; and
- alternative tools and techniques available to the Regions who suspect providers of abuse.

6.0 Conclusion

The overall risk management strategy for the organization as a whole has significant shortcomings. The first task to remedy this situation is for management to identify risks associated with the delivery of the program as an important priority and to allocate the necessary resources. Management support is essential to achieving the intended results and retaining the required attention and profile.

Management should then form a risk management team. Resources and roles and responsibilities need to be identified and a risk management accountability framework must be implemented. Accountability will be key to the overall success of the audit component of the program.

Communication channels need to be fostered to ensure that best practices and effective initiatives are clearly communicated to all regions. With the appropriate structure, senior management commitment, resources and techniques, the overall risk associated with the program can be reduced to an "acceptable" level.

In terms of the overall audit approach proposed by FCH, we believe they have made some significant improvements in the overall process. They are also meeting their contractual requirements in terms of the minimum level of activity. However, because of contractual limitations and the purpose of their mandate, their overall level of activity is minimal and will not address the concerns raised with respect to the NIHB Program.

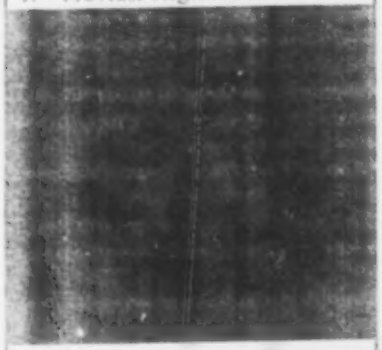
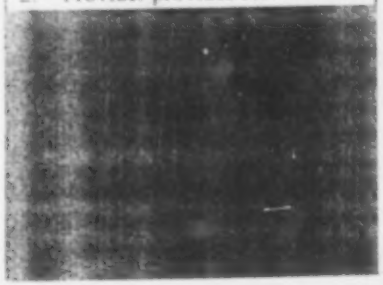
There are some significant gaps in what FCH is contracted to deliver and what is required to adequately address the issues facing the NIHB Program. The fixed fee contract, the skill sets and core competencies, their level of resources and the scope of their mandate are all issues that increase the challenge of implementing an overall risk management strategy.

APPENDIX

Process	Health Canada Client Risk	Controls Risk Management Strategy
1. Client registration	• Client misrepresents themselves as eligible for benefits • Client is deceased and there is no notification to DIAND	• System checks for match between claimant and NIHB client list (reject code R05). System requires at least one primary identifier (client ID or Band #) and 2 secondary identifiers (surname, name and DOB)
2. Client receives prescription, dental procedure or medical equipment or supplies.	• Client colludes with service provider and does not receive drug, equipment or dental procedure claimed for. • Client receives different drug, equipment or dental procedure that costs less than the one claimed for. • Client receives unnecessary drugs, equipment or dental procedures • Client uses different practitioners for same services • Client uses counterfeit doctor script to obtain drugs at various pharmacies • Client refills prescription before the other should have been finished • Abuse of drug by client	• The POS will control some of these risks through real time verification if occurrence was within a certain time period. • System will issue a DUR message to the pharmacist when he is issuing the prescription. Pharmacist has the option to override the message.

HEALTH CANADA CLIENT		
PROCESS	**RISK**	**CONTROLS RISK MANAGEMENT STRATEGY**
2. Client receives prescription, dental procedure or medical equipment or supplies.	• Individual is not eligible for services: ◊ does not have valid client ID number	• System does perform an eligibility check of the client with the NIHB files. If client is not eligible claim will be rejected (R05)
	◊ number is valid but it is another individual's number	• System perform a match between client number and other client information (i.e. surname, name and DOB). System cannot detect collusion or fraud.
	◊ does not verify that number is still valid prior to rendering services	• System will perform a check on the start and end date for eligibility. If service was provided outside the limits, claim will be rejected (R23 or R24)

	HEALTH CANADA CLIENT	
PROCESS	RISK	CONTROLS RISK MANAGEMENT STRATEGY
3. Claim filed	• Claim form is not properly completed (insufficient benefit information, client information or provider information) • Provider of service submits a claim for drugs/equipment that was never received or a procedure that was never performed using a valid or invalid practitioner code • Client is covered under a third party plan but does not indicate this on the claim form (i.e. provincial plan or other plan)	• System requests some mandatory claim information before the claim is processed (i.e. date of service, prescriber ID, prescription number, drug item, cost, qty, client ID). Otherwise the claim is rejected (R14) • The audit strategy recommended by FCH provides for client confirmations to be sent to users of the program to ensure benefits have in fact been received. Although the client confirmations will not detect instances of collusion, the strategy may be effective in detecting provider fraud where the client is not part of the fraudulent activities. • System relies on client honesty or prior information. If in the past the client had third party coverage, the claim will be suspended (for dental program only) until it can be verified that the client is no longer eligible for coverage.

Health Canada Provider of Service		
Process	**Risk**	**Controls Risk Management Strategy**
1. Provider Registration 	• Provider falsely represents themselves as a qualified practitioner either because they do not have a license or they are not in good standing with the licensing body. • Provider no longer meets eligibility criteria initially used to qualify him as a registered practitioner ◊ looses license after registration ◊ looses good standing status with the licensing body after registration • Provider ceases to operate but does not cancel the number or provider sells his practice/pharmacy and does not notify MSB. • Provider moves but does not notify.	• Provider must have an eligible provider number and be registered with the contractor to submit claims under the program. When a claim is submitted the system verifies the provider number against the database to ensure eligibility. (R10) • ECH relies to some extent to the licensing body information bulletins for notices of misconduct.
2. Provider provides services 	• Performs procedure but does not obtain ◊ frequency limit pre-verification number ◊ prior approval for specific procedure • Performs procedure that is not covered by NHIB plan • Performs unnecessary procedures • Prescription is filled without support of doctors script, or particular doctor is retired.	• System will verify frequency limits for certain procedures. If the procedures have already been performed over the allowed limit, the claim will be rejected. • If benefit requires prior approval, the system will automatically verify for a prior approval number when such claims are being processed. If prior approval number has not been received the claim will be rejected (R49) • System automatically performs a benefit eligibility verification. If benefit is not covered by the plan it will be rejected before it is processed. (R04)

HEALTH CANADA PROVIDER OF SERVICE		
PROCESS	**RISK**	**CONTROLS - RISK MANAGEMENT STRATEGY**
3. Provider bills for services on behalf of client	• Provider claims the procedure against NIHB as well as third party plan, thereby billing for procedure twice • Procedure is covered by a provincial plan but provider is unaware • Dispute between province and NIHB as to who is to cover the procedure (provider is out of pocket because both refuse to cover the procedure) • Provider does not adhere to selected billing or dispensing fee schedule • Bills using a procedure code for which there is an alternate procedure code at a cheaper fee rate (i.e. generic drug) • Provider submits bill twice for same procedure • Bills using wrong procedure code • Bills for fictitious procedures (i.e. - client has not come to dentist in over X # of years - dentist starts claiming procedures. Dentist could be claiming procedures for eligible clients that he/she knows are not requesting the benefits elsewhere). • Current claim conflicts with previous claim (i.e. treatment on tooth that has already been removed) • Service is provided prior to client's start date or after client's end date.	• Reliance on client and provider. Past history (i.e. if client previously had third party coverage, the system will automatically put the claim in suspense (for dental only) if third party coverage has not been deducted) • System checks to ensure claim cannot be re-directed to the Province under separate provincial plans (R20) • System is programmed to identify provincial benefits otherwise NIHB Program will cover the expenditure. • System is programmed to do a verification of costs billed according to contracts signed in each province. • System does some cost verification to ensure cheapest alternative is used. • The system performs a duplicate claim edit on certain information (i.e. date of service, provider #, client # and current prescription #) and if information is the same the claim is rejected (R07) • System verifies procedure code and associated professional fee (R37). • The system verifies certain past information to ensure current treatment is reasonable. If system detects a conflict, the claim will be rejected (R35 or R36) • System will do an eligibility check with dates to ensure client was eligible for the benefit on the day it was received.

HEALTH CANADA CLIENT		
PROCESS	**RISK**	**CONTROLS RISK MANAGEMENT STRATEGY**
4. Registration of client	• Client registration is incorrectly entered into database • Client information is updated incorrectly or without authorisation • Untimely updates from MSB regarding changes to client information • Client registration is not verified against DIAND list of status Indians • Dependent information is not verified for eligibility and third party coverage • Lack of segregation of duties between claims processors and those who can register clients	• Reconciliation between MSB and FCH as well as MSB and DIAND • The claims processor is not able to register or add clients.
5. Registration of providers	• Provider registration is incorrectly entered into database • Provider registration is not authorised	• System checks provider number against list of authorized providers in the database (R10)
6. Update of plan information	• Plan information is not updated on a timely basis • Clients and/or providers are not notified in a timely manner of changes to the plan	• Newsletters and bulletins are distributed periodically to inform of changes.

HEALTH CANADA CLIENT		
PROCESS	**RISK**	**CONTROLS RISK MANAGEMENT STRATEGY**
7. Pre-determination and pre-verification	• Pre-determination or pre-verification number provided without adequate reference to NHIB plan or is not appropriately authorised • Pre-determination or pre-verification number has already been used on a previous claim. • Pre-determination or pre-verification number has not been issued for current claim • Frequency of claim exceeds maximum allowed.	• System checks for a valid pre-determination code prior to processing the claim. (R49) • System checks if a pre-assigned approval has already been used as a reference on a previous claim and if it has the claim is rejected (R48) • System will not process a claim which requires a prior approval or predetermination without a valid number. • System keeps track of prior expenditures and monitors to ensure amounts do not exceed maximum allowed otherwise claim is rejected (R50)
8. Client, provider and plan information is transmitted to Company providing electronic processing for dentists and pharmacies.	• Client, provider and plan information is not transmitted in a timely manner. • Electronic processing company controls lack integrity	• Health Canada has the right to perform an annual audit of controls surrounding the processing of claims.

HEALTH CANADA CLIENT		
PROCESS	RISK	CONTROLS RISK MANAGEMENT STRATEGY
9. Claim is received directly from service provider electronically	• Claims sent by service provider are not received • Claims go into suspense files (dental program only) that are not reviewed on a timely basis	
10. Claim is received directly from client	• Claim is keyed into computer system incorrectly • Claim form is not properly completed or signed	

HEALTH CANADA CLIENT		
PROCESS	**RISK**	**CONTROLS RISK MANAGEMENT STRATEGY**
11. Claim is verified	• Provider number does not correspond with provider information. Provider is: ◊ valid, however database is inaccurate or not updated on a timely basis ◊ valid, however number has been incorrectly entered • Client number does not correspond to client information. Client is ◊ valid, however database is inaccurate or not updated on a timely basis ◊ valid, however number has been incorrectly entered • Claim is for a service that is more than a year old • Claim for drug or medical equipment is reversed after claim was electronically submitted because drug or medical equipment was not picked up by client • Large claims are not approved by a supervisor • Claim is submitted electronically by provider and in paper format by client • Drug, equipment or procedure is inappropriate for individual in question (gender/age)	• System will not process claim if the provider number cannot be matched against the database. The claim will automatically be rejected if no match can be found. • Next Day Audit Program will look at the appropriateness of prescriptions with respect to age and gender. • System does a match of client information against Status Verification System (SVS) database. System requires primary and secondary information from the client for the claim to be processed. If information does not match the claim will be rejected on the basis that the client cannot be verified as an eligible client. • System verifies date of service and will refuse claims that are one year old or older.

HEALTH CANADA CLIENT		
PROCESS	RISK	CONTROLS RISK MANAGEMENT STRATEGY
12. Payment to provider or client	• Payment is processed twice • Payment is not made in a timely manner • Address on claim form does not agree with address on client/provider database • Payment is returned undeliverable • Cheque stock and cheque signatures are not appropriately safeguarded • Cheques are returned to claim clerks for mailing • Cheques for large amounts are not signed manually • Cancelled cheques are not verified for authenticity	
13. Claim is rejected	• Provider or client are not provided with appropriate explanation for declining claim in a timely manner, especially for dental where rejection is not automatic (may take up to two weeks)	
14. MSB is billed for claims paid	• MSB is billed for claims associated with clients that are not part of the NIHB • MSB is billed for claims at rates that are not in agreement with NIHB fee schedule • Administration fees charged are not in accordance with ASO agreement	

Appendix B

Following is a list of the most significant documents reviewed in the course of our review:

- the annual reports of the Non-Insured Health Benefits Program for 1996-1997 and 1997-1998;
- information on the industry obtained from Ernst & Young's databases;
- the draft FCH dental and pharmacy audit programs;
- the report of the Auditor General of Canada to the House of Commons on Health Canada — First Nations Health;
- several media clippings on the program and on cases of abuse;
- FCH contract and Statement of Requirements;
- NIHB Newsletters and other forms of communication;
- Provider kits;
- Drug Utilization Review Protocol;
- Detailed Design Document from FCH;
- Several Regional reports; and
- Sample Audit Reports from the former claims processor.

Appendix C - Proposed Methodology by FCH

The following methodology is a summary of the approach and strategy proposed by FCH. FCH's proposed methodology is only one aspect of the overall management framework. Also, Health Canada has negotiated a contract with FCH which requires only a minimum of audit work be performed. These two aspects considerably impact the proposed methodology and should be kept in mind when reviewing the approach.

Our summary concentrates on the pharmacy approach, however based on our review of the documentation, the overall strategy for dental is similar with only the audit criteria varying. Therefore, any weaknesses identified for the pharmacy audit program could also apply to the dental program.

Phase 1: Audit Selection:

This first section lists the activities related to the selection of providers to be audited.

INPUT	ACTIVITY	OUTPUT
A selected amount of claims for the quarter are downloaded in a program to profile providers.	The information is analyzed based on certain audit criteria to identify potential irregularities. The risk factors are defined as follows: o highest average claim cost in a period; o highest compound claim submission; o highest medical supplies and equipment claim submission; o highest over the counter claim submission; o highest controlled substance claim submission; o highest overall provider claim volume in a period; and o highest claim per client submission.	The top 60 providers by category and by Region are further analysed each quarter.
The top 60 providers by category and by Region are used for future analysis each quarter.	An analyst reviews the high risk group in detail to assess potential irregularities. Comparisons are made with the previous quarter to identify deviations.	For each high risk provider an "Analytical Review Checklist" is filled to facilitate and document the analysis to be performed. The 15 highest potential risk providers are selected for an on-site audit in the next quarter.
Top 15 potential risk providers are submitted to MSB for approval two weeks prior to the next quarter.	MSB contacts the Regions to notify them of up coming audits and asks for input on the selection.	List of potential audits for the quarter is modified based on information received from the Regions and MSB Headquarters.
Confirm list of providers to be audited with FCH.	FCH notifies auditee of impending on-site audit.	On-site audit is performed.

Phase 2: On Site Audits

Once the selection of auditees is completed, FCH proceeds with the on-site audits of the providers. The objective is to ensure that pharmacies are properly processing and supporting the claims that are submitted for payment on behalf of the NIHB Program. A typical on-site audit will generally be performed in one day, however some preparation time and follow up time are required to wrap up the audit. Following is a summary of the activities conducted for on-site audits.

INPUT	ACTIVITY	OUTPUT
Obtain from the Information System department the "Claims Report for Audit" for the pharmacy to be audited and for the period under review.	The Claims Report is sorted by DIN, quantity and day supply to identify day supply that is inconsistent with clinically approved guidelines. The Claims Report is also sorted by patient, DIN and quantity. A sub-total by client is performed and the highest claims are verified for clinical appropriateness.	The irregular claims are then selected for review during the on-site audit.
A Claims Report is also sorted in the following categories: o narcotics; o compounds; o over-the-counter products; o medical supplies and equipment; and o regular prescriptions.	Depending on the reason why the pharmacy was selected, specific audit procedures will be selected for the on-site audit. For the major categories identified, a minimum of 50 prescriptions or 80% of all prescriptions (if there are less than 50) are selected to be reviewed during the on-site audit.	List of prescriptions to be audited during the on-site audit based on the risk associated with the pharmacy in question.
The canceled prescription report for the pharmacy is obtained and reviewed, if available	A sample of the 10 highest dollar NIHB client claims canceled are checked against the NIHB paid claims to ensure canceled prescriptions have not been reimbursed by FCH.	Assurance that prescriptions are filled when claimed through the NIHB Program. If not picked up by the Client, the claim to NIHB is reversed.

Phase 2: On Site Audits (cont'd)

INPUT	ACTIVITY	OUTPUT
List of prescriptions to be audited (sample of 50 items).	Hard copy prescriptions are obtained for the selected sample and information is verified for accuracy against what has been claimed to NIHB. If the prescription is verbal, they will verify that it meets provincial legislation regarding verbal prescriptions. If not information is obtained for further confirmation of benefits with client or prescriber.	List of irregular activity and amounts to be recovered from the provider. List of prescriptions to be confirmed with client or prescriber.
List of verbal prescriptions not meeting the provincial legislation requirements.	Client confirmations are sent to ensure prescription was received. If client is unable to answer, a confirmation will be sent to the prescriber. A minimum of 20 client confirmations and 20 prescription confirmations will be sent for each on-site audit.	Calculate and reclaim over payment if applicable.
Audit program results	Results are sent to the pharmacy for comments.	Report with management comments.
Agreed discrepancies.	Agreed discrepancies will be recovered through FCH and deposited in a separate NIHB account.	Recoveries for NIHB.
Audit findings, recommendations and recoveries.	A summary report is prepared for distribution on a quarterly basis to MSB Headquarters and Regions.	Summary Report.

Additional Audit Techniques Proposed by FCH

In order to address other risks not covered by the on-site audits, FCH has proposed additional audit techniques to reduce the overall risk. Below is a summary of these procedures which completes the overall audit methodology and strategy proposed by FCH.

INPUT	ACTIVITY	OUTPUT
Several types of reports such as: Compound Report, Next Day On-Line Report or the Private Coordination of Benefit Report are obtained from the Information System Department.	**Next Day Audits**: Claims meeting certain criteria (i.e. claims over $100, multiple claims for the same client, claims with an intervention code and claims for compound and over-the-counter drugs) are reviewed to determine if further investigation is warranted. If pharmacist is unwilling to make correction, FCH will reverse claim if appropriate.	List of claims which require further investigation.
Next Day Audit: Claims which require further investigation.	FCH will perform various follow up procedures on next day claims which required further investigation such as: o pharmacy telephone inquiry; o client confirmation request; o obtaining support from the provider by fax; o ask pharmacy to correct on-line and re-key the claim with the correct information; and o if pharmacist is unwilling to make correction, FCH will reverse the claim.	All pharmacy contacts are logged on an Excel spreadsheet summarizing the result of the next day audit and these are forwarded to MSB on a quarterly basis.
Client Complaints and MSB Complaints: All complaints received from clients and MSB are forwarded through the FCH Toll-Free Inquiry Centre.	The complaint is reviewed and further investigation is performed if it is warranted. If the issue cannot be resolved it may revert to an on-site audit with the approval of MSB.	Resolution of client complaints through additional investigation or an on-site audit which may result in recoveries for NIHB.

MSB's Response to the Draft Report Recommendations on the Review of First Canadian Health's Proposed Audit Methodology
Ernst and Young
April 19, 1999

Recommendations 1, 2, 9, 10, 11, 12, 13, and 14 of the Ernst and Young Report pertain to the establishment and conduct of a risk management team to address risks of billing abuse to the Non-Insured Health Benefits Program (NIHB). In response to these recommendations NIHB will implement a Risk Management Committee (RMC). **Recommendations 1, 2, 9, 10, 11, 12, 13, and 14** are listed below and are subsequently followed by the NIHB Program's response to these recommendations.

Recommendation 1

MSB should increase the audit activity levels through the establishment of a risk management team until there is evidence that abuse or fraud has been significantly reduced to manageable levels.

Recommendation 2

MSB should amend the current contract with FCH to better compensate FCH for recoveries and increased audit activity.

Recommendation 9

MSB should implement a risk management process as defined in section 4.0 of our report.

Recommendation 10

MSB should clearly define, communicate and monitor the roles and responsibilities for all individuals involved in the risk management process.

Recommendation 11

MSB should formally establish an accountability framework and define and communicate specific reporting activities in order to ensure program consistency.

Recommendation 12

MSB should create a multi disciplinary risk management team and develop a matrix of required resources and core competencies. Establish a clear mandate for the risk management team which would include the overall risk management process defined in Recommendation 4.1.

Recommendation 13

Implement a formal issue resolution process, coordinated and supported by Headquarters.

Recommendation 14

MSB should develop and implement an internal communication strategy.

Response to Recommendations 1, 2, 9, 10, 11, 12, 13, and 14:

The work plan and timetable for the RMC is as follows:

1) Implement a RMC - fourth quarter of 1999/00
2) Define the roles and responsibilities of the RMC - fourth quarter of 1999/00
3) Identify the risks to the NIHB Program - first quarter of 2000/01
4) Develop and implement risk controls - second quarter of 2000/01
5) Monitoring of controls and investigation of irregularities - ongoing
6) Review of provider audit program and determination of audit program enhancements - ongoing
7) Reporting RMC actions and achievements - ongoing

Recommendation 3

FCH should implement a training program that ensures that employees meet the core competency requirements.

Response: By end of fiscal year 1999/00, FCH will develop a training package, secure external programs where required, and draft an implementation schedule that will address audit training in 2 areas:

1. General training in audit, forensic audit, audit techniques and risk management.
2. Specific training related to the particularities of the FCH Audit programs.

Recommendation 4

As proposed in FCH's audit approach (Phase 1, Audit Selection), MSB should ensure that a formal process is established to obtain Regional office input regarding the selection of providers for on-site audits.

Response: The results of the regional provider profiling tests are jointly analyzed by MSB-HQ and regional staff. The list of potential auditees is derived from this analysis. Regional managers make the final determination on which providers are to be audited in their regions. In addition, the regional managers have the ability to refer a provider for audit review at any time.

Recommendation 5

MSB and FCH should review performance indicators on a regular basis to ensure that current issues are taken into consideration when determining potential auditees

Response: Profiling of claims data on a number of parameters is now done monthly to determine potential auditees. On a yearly basis the audit program will be evaluated for its effectiveness and for potential changes.

Recommendation 6

FCH should conduct random audits.

Response: The current Provider Audit Program is a improvement over the previous program. The Next Day On Line analysis, enhanced profiling components, and the commitment to conducts a minimum of 60 on-site audits per year in each benefit area represents an improvement in NIHB audit capacity. As the audit coverage becomes more comprehensive, the need to conduct random audits is reduced. The NIHB risk management team will monitor the effectiveness of the audit program and will determine the number of audits required based on outcomes.

Recommendation 7

FCH should follow up on all non responses to confirmation requests if they are not received within a prescribed time frame.

Response: By September 1, 1999, FCH will amend the Pharmacy Audit Program to include follow up on all non responses to confirmation requests if they are not received within a prescribed time frame. Recognizing the limitations of pharmacy software systems, where telephone number is not a required data element in pharmacy regulations, and recognizing the difficulties in requiring prescriber confirmation where there is no incentive to the prescriber (ie: payment), FCH will implement a follow up process that meets the requirements of the NIHB Program.

Recommendation 8

FCH, in conjunction with MSB, should implement a more aggressive approach to penalizing abusers.

Response: All cases of provider billing abuse are bought to the attention of MSB for recommendations on action. In cases of minor over billing, recoveries are made and the provider is monitored to ensure that the inappropriate billing behavior remains corrected. In more serious cases, MSB will work with the Internal Audit Directorate (IAD), to investigate the possibility of fraud. In all cases where serious billing irregularities are confirmed, the assignment of payment privileges of the provider will be terminated in accordance with due process. If fraud is suspected, the matter will be referred to the RCMP for criminal investigation and/or to Legal Services for civil proceedings. Recovery of any defrauded funds will be pursued.

Recommendation 15

MSB should implement policies and procedures to ensure that both the DUR and DPPS are consistently used by all Regions to interpret and monitor excessive program utilization and identify possible fraud.

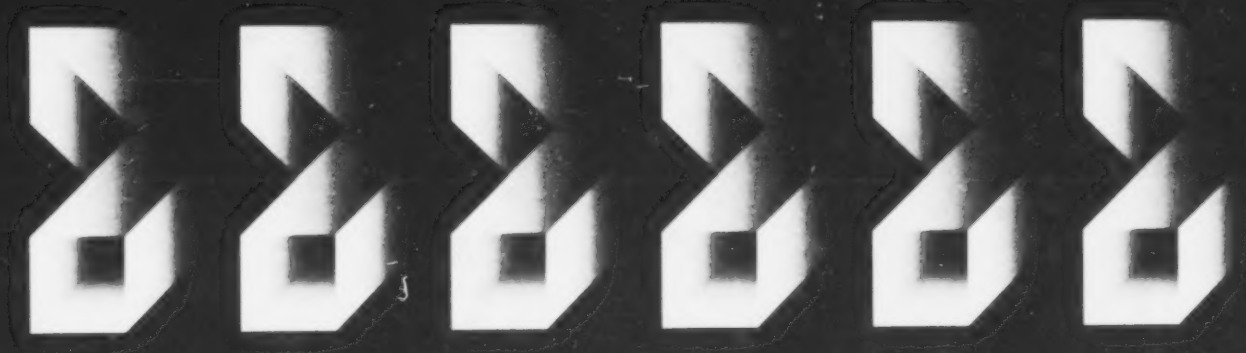
Response: The use of client information in the DUR and DPPS is being assessed by the Justice Department against the requirements specified in the Privacy Act and the Charter of Rights and

Freedoms. NIHB will continue to pursue DUR and DPPS to the full extent allowable within the terms of these legislated limits.

Health Canada Santé Canada

Audit and Accountability Bureau

Bureau de la vérification et de la responsabilisation



RAPPORT DE VÉRIFICATION INTERNE

Examen du programme de vérification des fournisseurs proposé par FCH

Analyse du processus de gestion des risques

Décembre 1999

Canada

Chronologie de la vérification

• Début de l'enquête de vérification	15 avril 1998
• Fin de l'enquête de vérification	1 novembre 1998
• Ébauche du rapport de vérification datée le 24 décembre 1998 soumise pour commentaire à:	
◦ la Direction générale des services médicaux, et	4 janvier 1999
◦ First Canadian Health	5 janvier 1999
• Commentaires sur l'ébauche du rapport de vérification datée le 24 décembre 1998 reçus de:	
◦ la Direction générale des services médicaux, et	15 janvier 1999
◦ First Canadian Health	18 janvier 1999
• Deuxième ébauche du rapport de vérification datée le 25 févier 1999 soumise pour commentaire à:	
◦ la Direction générale des services médicaux, et	2 mars 1999
◦ First Canadian Health	2 mars 1999
• Commentaires sur la deuxième ébauche du rapport de vérification datée le 25 février 1999 reçus de:	
◦ la Direction générale des services médicaux, et	9 avril 1999
◦ First Canadian Health	22 mars 1999
• Ébauche finale du rapport de vérification datée le 19 avril 1999 soumise à la Direction générale des services médicaux pour approbation et réponse	4 mai 1999
• Réponse aux recommandations de la vérification reçue de la Direction générale des services médicaux	12 octobre 1999
• Approbation du rapport de vérification obtenue du Comité ministérielle de la vérification et de l'évaluation	15 décembre 1999

Table des matières

Page

Résumé i

1.0 Introduction 1

2.0 Étendue et objectifs de l'étude 5

3.0 Examen de la méthodologie proposée par FCH 8

3.1 Méthodologie de vérification proposée par FCH 8
3.2 Résultats et recommandations 9
3.2.1 Intensité du programme de vérification 10
3.2.2 Limites contractuelles 11
3.2.3 Compétences exigées et formation 12
3.2.4 Participation régionale 13
3.2.5 Critères de vérification 14
3.2.6 Confirmations des clients 15
3.2.7 Pénalités pour dérogations 16

4.0 Description du processus de gestion des risques 18

5.0 Stratégie de gestion globale des risques 24

5.1 Processus actuel de gestion des risques 24
5.2 Définition des rôles et responsabilités 26
5.3 Imputabilité 26
5.4 Ressources et compétences de base 27
5.5 Cohérence et uniformité 28
5.6 Communication et production de rapports 29
5.7 Examen de la consommation pharmaceutique 30

6.0 Conclusion 32

Annexe A 34

Annexe B 43

Annexe C 44

Résumé

Renseignements généraux

Santé Canada a la responsabilité de fournir un certain nombre de biens et de services liés à la santé à environ 655 000 Indiens inscrits, et Inuits et Innus admissibles. Ces biens et services, appelés des services de santé non-assurés (SSNA), incluent: les services pharmaceutiques (y compris les médicaments délivrés sur ordonnance et en vente libre, les fournitures et le matériel médicaux), les soins dentaires, les soins ophtalmologiques, le transport médical, les cotisations d'assurance-maladie et d'autres services de santé, et sont en général dispensés par une vaste gamme de fournisseurs autorisés à travers le Canada. La Direction générale des services médicaux (DGSM) a identifié les biens et services particuliers que les Indiens inscrits, et les Inuits et Innus admissibles ont le droit de recevoir dans le cadre du programme des SSNA. Le programme couvre une gamme de services de santé non incluses dans les programmes de soins assurés provinciaux. Lorsque les services pharmaceutiques, les soins dentaires et les fournitures et le matériel médicaux ont été fournis aux prestataires admissibles, les fournisseurs autorisés présentent leur demande de remboursement au Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement (SISTDP) qui est administré par une firme. Celle-ci demande ensuite un remboursement à Santé Canada.

Défis du programme

Un principe important du Programme des SSNA est de fournir des services de santé de qualité à tous les Indiens inscrits, et Inuits et Innus admissibles résidant au Canada, quelques soient leur localisation ou leur niveau de revenu. Santé Canada s'efforce également de veiller à ce que les prestations obligatoires soient offertes uniformément à l'échelle nationale, que l'accès soit équitable et qu'elles répondent à des normes élevées. Ces buts et objectifs ambitieux ont leur lot de défis et d'obstacles.

Les principaux défis de la gestion du Programme des SSNA et de ses risques inhérents peuvent se résumer comme suit:

- la population desservie par le programme de SSNA est géographiquement dispersée et souvent située dans des collectivités isolées, ce qui fait qu'il est plus difficile d'assurer la rentabilité des services;
- plusieurs gouvernements participent à la prestation des services de santé aux Indiens inscrits, et aux Inuits et Innus admissibles, ce qui complique l'administration du programme; et
- il est impossible de contrôler le rôle que jouent les médecins et les dentistes. À l'occasion, les dentistes prescrivent les services les plus récents et les plus coûteux et le programme n'a souvent pas le droit de refuser de les couvrir.

Les facteurs indiqués ci-dessus ont des conséquences sur la gestion du Programme des SSNA et font qu'il est difficile de le comparer avec d'autres programmes de santé offerts par les provinces ou d'autres ministères fédéraux.

Étendue

La société Ernst & Young a été chargée d'examiner les programmes de vérification (« dentisterie et pharmacie ») proposés par la firme FCH et de donner son avis sur leur à-propos. La haute direction et la Direction de la vérification interne de Santé Canada ont vu dans le changement de gestionnaire du SISTDP l'occasion idéale d'étudier la démarche actuelle de vérification et d'apporter les modifications appropriées pour renforcer la gestion globale du programme.

L'étendue originale de ce travail a été par la suite élargie pour inclure l'étude de la stratégie de gestion du risque et de la structure globales du Programme des SSNA. Lors de la consultation des documents, il est devenu évident que le degré actuel de vérification sur lequel la firme FCH et la DGSM s'étaient entendues ne suffirait pas à atteindre les buts et les objectifs du Ministère, et à trouver une solution aux points soulevés par le BVG et les médias.

L'examen a été mené du 15 avril au 1er novembre 1998. Les commentaires formulés dans le présent rapport reflètent la situation au 1er novembre 1998.

Objectifs

L'objectif de l'examen était d'évaluer:

- la capacité de l'approche de vérification des fournisseurs adoptée par FCH concernant les services dentaires et pharmaceutiques; et

- la gestion globale du risque général du Programme des SSNA par la DGSM.

Notre examen de la gestion globale du risque général de ce programme par la DGSM se limite aux aspects financiers. Il y a cependant un certain nombre de concepts qui sont liés au modèle plus global de gestion des risques qui comprend les préoccupations de santé. Cependant, les risques liés à la santé concernant le programme de SSNA ne sont pas traités car ils dépassent la portée de cet examen.

Méthodologie

Afin d'atteindre les objectifs de l'examen, nous avons accompli les activités qui suivent:

- **Examen de la documentation**
- **Tenue d'entrevues**
- **Analyse des programmes de vérification des fournisseurs et détermination des risques et les critères de vérification**

Examen de la méthodologie proposée par FCH

Résultats et recommandations

À partir de l'examen de la méthodologie de vérification proposée par FCH, nous avons déterminé les risques liés au traitement des demandes de remboursement et les contrôles de gestion des risques mises en oeuvre par FCH ou la haute direction. Certains risques ne sont couverts ni par FCH ni par une stratégie interne. Ce sont eux qui menacent le plus le succès de l'exécution du programme par la gestion. Les paragraphes suivants les décrivent et énoncent nos recommandations pour les alléger.

Intensité du programme de vérification

Le champ d'application pour les vérifications proposé par FCH répond aux exigences contractuelles. Cependant, il existe un écart important entre l'intensité du programme de vérification et le risque global du Programme des SSNA.

Recommandation 1

La DGSM devrait intensifier les activités de vérification en établissant une équipe de gestion des risques, jusqu'à ce qu'il y ait des preuves que les exagérations ou les fraudes ont diminué et ont atteint un niveau raisonnable.

Limites contractuelles

Le contrat avec FCH n'encourage pas l'accroissement des activités de vérification afin de minimiser le risque global lié au Programme des SSNA.

Recommandation 2

La DGSM devrait modifier le contrat actuel avec FCH afin de mieux la dédommager au chapitre du recouvrement des coûts et d'intensification des activités de vérification.

Compétences exigées et formation

Les employés de FCH n'ont pas les compétences requises en détection de fraudes et en vérification pour traiter comme il se doit les situations à risque élevé où les modèles indiquent une fraude potentielle.

Recommandation 3

FCH devrait instaurer un programme de formation qui permettrait aux employés d'acquérir les compétences de base.

Participation régionale – Choisir et effectuer des vérifications ciblées

Les bureaux régionaux ne sont pas suffisamment impliqués dans le processus d'identification des fournisseurs potentiels à vérifier ni dans la conception de programmes de vérification qui sont pertinents aux fournisseurs qui feront l'objet de vérifications.

Recommandation 4

Tel qu'il est proposé dans l'approche de vérification de FCH (Phase 1, Choix de la vérification), la DGSM devrait veiller à ce qu'un processus structuré soit mis en place afin d'obtenir l'avis des bureaux régionaux en ce qui concerne la sélection des fournisseurs qui feront l'objet de vérifications sur place.

Critères de vérification

À notre avis, la liste des critères de vérification ne couvre pas adéquatement tous les risques. Nous estimons que le processus devrait être plus dynamique.

Recommandation 5

La DGSM et FCH devraient examiner régulièrement les indicateurs de rendement de sorte que les problèmes courants soient pris en compte au moment de choisir les fournisseurs susceptibles de faire l'objet d'une vérification.

Recommandation 6

FCH devrait effectuer des vérifications au hasard.

Confirmations des clients

FCH n'assure pas de suivi relativement aux confirmations des clients de pharmacies quand elle n'obtient pas de réponse, ce qui peut être un signe d'irrégularités.

Recommandation 7

FCH devrait assurer un suivi relativement à toutes les demandes de confirmation restées sans réponse pendant une période déterminée.

Pénalités pour dérogation

Dans des cas extrêmes seulement, le numéro de fournisseur peut être révoqué à la suite d'activités de facturation irrégulières.

Recommandation 8

De concert avec la DGSM, FCH devrait mettre en oeuvre un processus de pénalisation plus agressif envers les contrevenants.

Conclusion

Quoiqu'il soit possible d'apporter quelques modifications à la méthodologie et à la structure proposées par FCH, étant donné le contrat actuel, la stratégie dans son ensemble est convenable. FCH peut améliorer l'intensité du programme de vérification, les critères de vérification, la formation de son personnel et l'utilisation des confirmations des clients.

Même si la méthodologie globale répond aux exigences contractuelles, elle ne convient peut-être pas au Programme des services de santé non-assurés. FCH ne couvre pas plusieurs risques liés à la gestion du programme. Il existe un besoin pour un modèle élargi de gestion des risques qui prendra en compte tous les aspects du programme. Les sections suivantes exposent en détail les composantes d'un modèle efficace de gestion des risques et formulent des recommandations qui permettront à la DGSM de renforcer son processus.

Description du processus de gestion des risques

Pour que le Programme des SSNA puisse gérer ces risques, il faut définir les principaux et mettre en place des contrôles. Santé Canada et la DGSM doivent définir et instaurer un modèle de régie qui prendra en compte les risques associés au programme. Au cours de l'examen, nous avons relevé les risques généraux qui se présentent dans l'exécution du Programme des services de santé non-assurés. Notre analyse s'est concentrée sur trois catégories de risques liés au traitement des demandes de remboursement et aux exagérations potentielles par les clients et fournisseurs du programme: risque inhérent, risque de contrôle, et risque de détection. Le modèle de régie devrait inclure une évaluation plus complète des risques de toutes les composantes du programme afin de les limiter.

- *Risque inhérent: Risque lié à la nature du programme et de ses opérations.*

  Nous avons déterminé que le risque inhérent du Programme des SSNA est élevé pour les raisons qui suivent:

⇒ De par leur nature, les médicaments représentent un risque très élevé pour le programme car ils ont des usages variés.

⇒ Le grand volume de transactions et la faible valeur monétaire de chacune accroît aussi le risque car il devient de plus en plus difficile de déceler les irrégularités dans la facturation lorsque la population faisant l'objet de vérification affiche des milliers de transactions semblables.

⇒ Le caractère délicat du programme, en ce qui concerne les Indiens inscrits, et les Inuits et Innus admissibles ainsi que le gouvernement, accroît aussi les risques inhérents.

⇒ Les collectivités des Premières nations sont souvent situées très loin des villes et sont isolées. La distance, les barrières linguistiques et le fait qu'elles n'ont pas facilement accès aux ressources et programmes compliquent toute mise en oeuvre de programme de sensibilisation.

⇒ La structure administrative du programme nuit au succès de l'exécution du programme.

- *Risque de contrôle: Risque que les contrôles internes actuels ne détectent pas les demandes inadmissibles.*

  Nous avons déterminé que le risque général de contrôle est **élevé** pour la raison qui suit:

  ⇒ Il n'y a pas de copie papier des demandes de remboursement des services pharmaceutiques soumises à la firme et elles font rarement l'objet d'une vérification complète. Cette situation accroît les difficultés pour la DGSM.

- *Risque de détection: Risque que les irrégularités non détectées par les contrôles internes ne le seront pas non plus lors de vérifications.*

Si le risque inhérent et le risque de contrôle sont élevés, il faut augmenter les activités de vérification pour détecter les irrégularités possibles. En raison de l'évaluation des deux catégories précédentes de risque, le risque de détection est lui aussi **élevé** pour la raison qui suit:

⇒ La DGSM n'a pas actuellement de processus efficace de surveillance en vigueur dans toute l'organisation.

À partir de notre examen global, nous avons déterminé que le risque général associé au Programme des SSNA est **élevé**. La DGSM a pris plusieurs initiatives pour renforcer les programmes de vérification des fournisseurs, mais en raison de son

importance pour les Indiens inscrits, et les Inuits et les Innus admissibles, de même que des dépenses substantielles du programme, la gestion des SSNA par la DGSM doit être englobante afin de minimiser les risques.

Composantes d'un processus efficace de gestion des risques

La section précédente a mis en relief les différents facteurs qui contribuent au risque global du Programme des SSNA. Afin d'administrer efficacement le programme, il faut entreprendre et surveiller plusieurs activités essentielles. Les paragraphes ci-dessous résument les composantes d'une gestion de programme et d'une structure de régie efficaces.

Stratégie de gestion globale des risques

La haute direction doit instaurer un modèle de régie plus structuré afin que s'exercent l'autorité et l'imputabilité, et que le risque global soit réduit au minimum.

Santé Canada a pris plusieurs mesures positives pour surveiller les risques, par exemple l'Examen de la consommation pharmaceutique, le Système d'établissement du profil des fournisseurs de services dentaires, la détermination et les approbations préalables des services. Cependant, nous estimons que d'autres initiatives peuvent être mises en oeuvre pour avoir l'assurance que les risques sont contrôlés et surveillés.

Processus actuel de gestion des risques

L'absence de processus bien défini de gestion des risques peut avoir comme conséquence que les risques liés aux SSNA ne sont pas décelés et par conséquent ni contrôlés ou surveillés. Il est important que tous les risques liés au programme soient relevés et que les contrôles appropriés soient en place.

Les employés régionaux qui participent au processus ne savent pas qui est responsable de la gestion globale des risques du programme. Personne en particulier n'a été chargé de détecter et de surveiller les irrégularités de facturation et, par conséquent, il n'existe pas de cadre d'imputabilité.

Recommandation 9

La DGSM devrait mettre en oeuvre un processus de gestion des risques comme il est décrit dans la section 4.0 de notre rapport.

Nous estimons que le processus devrait inclure au moins les activités qui suivent:

- Déterminer les risques;
- Mettre des mécanismes de contrôle en oeuvre;
- Définir les activités;
- Attribuer et définir les responsabilités;
- Surveiller les résultats; et
- Demander des comptes aux employés.

Définition des rôles et responsabilités

Dans tous les cas cités, les personnes participants aux activités de vérification n'ont pas pu définir clairement leurs rôles et responsabilités ou ceux de leurs collègues. Peu d'employés des bureaux régionaux ou de l'administration centrale ont été en mesure de préciser les rôles que la personne chargée de la liaison pour la vérification ou la Vérification interne jouent dans la stratégie de gestion globale des risques.

Processus actuel de gestion des risques

L'absence de processus bien défini de gestion des risques peut avoir comme conséquence que les risques liés aux SSNA ne sont pas décelés et par conséquent ni contrôlés ou surveillés. Il est important que tous les risques liés au programme soient relevés et que les contrôles appropriés soient en place.

Les employés régionaux qui participent au processus ne savent pas qui est responsable de la gestion globale des risques du programme. Personne en particulier n'a été chargé de détecter et de surveiller les irrégularités de facturation et, par conséquent, il n'existe pas de cadre d'imputabilité.

Recommandation 9

La DGSM devrait mettre en oeuvre un processus de gestion des risques comme il est décrit dans la section 4.0 de notre rapport.

Nous estimons que le processus devrait inclure au moins les activités qui suivent:

- Déterminer les risques;
- Mettre des mécanismes de contrôle en oeuvre;
- Définir les activités;
- Attribuer et définir les responsabilités;
- Surveiller les résultats; et
- Demander des comptes aux employés.

Définition des rôles et responsabilités

Dans tous les cas cités, les personnes participants aux activités de vérification n'ont pas pu définir clairement leurs rôles et responsabilités ou ceux de leurs collègues. Peu d'employés des bureaux régionaux ou de l'administration centrale ont été en mesure de préciser les rôles que la personne chargée de la liaison pour la vérification ou la Vérification interne jouent dans la stratégie de gestion globale des risques.

Pour optimiser ses profits contractuels, FCH pourrait se contenter de faire un minimum d'activités de vérification. L'effort investi dans le processus de vérification concorde avec les exigences contractuelles mais ne répondera pas nécessairement aux besoins du Ministère. Dans sa formulation actuelle, le contrat ne favorise pas l'intensification des activités de vérification en vue de minimiser le risque.

Recommandation 2

La DGSM devrait modifier le contrat actuel avec la firme FCH afin de mieux la dédommager au chapitre du recouvrement des coûts et d'intensification des activités de vérification.

Il nous semble que les deniers publics peuvent servir à payer un entrepreneur pour des services rendus mais pas comme une récompense. Comme tel, le contrat avec FCH peut être formulé pour faire du processus de vérification une composante individuelle au lieu de l'inclure dans les frais généraux de la firme. Pour accroître le rendement en la matière, les honoraires versés peuvent se baser sur une proportion du recouvrement. Une telle formule de rémunération donnera également à la haute direction une marge de manoeuvre au plan de l'intensité du programme de vérification. Cependant, FCH n'est peut-être pas la solution au problème sous-jacent; la mise sur pied d'une équipe de gestion du risque pourrait éliminer le besoin que FCH accroisse notablement ses efforts et ses activités de vérification.

3.2.3 Compétences exigées et formation

Les employés de FCH n'ont pas les compétences requises en détection de fraudes et en vérification pour traiter comme il se doit les situations à risque élevé où les modèles indiquent une fraude potentielle.

Si l'on veut réussir la mise en oeuvre du processus de vérification, il est essentiel d'avoir les connaissances appropriées pour découvrir les irrégularités et reconnaître les signes d'exagération et de fraude. Non seulement les vérificateurs ont besoin d'avoir des connaissances médicales ou dentaires mais ils doivent aussi être formés pour effectuer les vérifications et détecter les fraudes. Il ressort de notre conversation avec des représentants de FCH que la plupart des employés qui s'occuperont de la composante de vérification du contrat auront les connaissances médicales ou dentaires appropriées.

Cependant, la formation des compétences en vérification et en détection de fraudes semblent insuffisantes. On nous a dit que la plupart des stagiaires reçoivent entre

Cohérence et uniformité

Au cours de notre examen, nous avons remarqué que les questions communes sont relevées et traitées individuellement dans les régions avec très peu d'intervention de l'Administration centrale. Il n'y a pas assez de cohérence et de partage des initiatives qui traitent ces questions communes.

Recommandation 13

Mettre en oeuvre un processus structuré de résolution de problèmes, coordonné et appuyé par l'Administration centrale.

Communication et production de rapports

La structure de partage des initiatives est faible.

Les régions se rencontrent régulièrement pour discuter des idées et échanger des informations, mais il n'y a pas d'ordre du jour officiel et les personnes qui participent aux réunions n'ont pas à rendre de comptes. Il faudrait suivre un ordre du jour et les participants devraient retourner dans leur région avec un plan d'action pour mettre en oeuvre les nouvelles initiatives exposées lors de la rencontre.

Recommandation 14

La DGSM devrait formuler et mettre en oeuvre une stratégie de communication interne.

Examen de la consommation pharmaceutique ou Système d'établissement du profil des fournisseurs de services dentaires

L'Examen de la consommation pharmaceutique (ECP) est un système utilisé pour relever et suivre de près les cas de consommation excessive de médicaments agissant sur le système nerveux central couverts par le Programme des SSNA. Plusieurs régions se servent aussi de ce programme pour relever les abus ou fraudes potentiels. De même, le Système d'établissement du profil des fournisseurs de services dentaires (PFSD) sert, dans ce domaine, à relever les traitements inopportuns et les cas où un

Cohérence et uniformité

Au cours de notre examen, nous avons remarqué que les questions communes sont relevées et traitées individuellement dans les régions avec très peu d'intervention de l'Administration centrale. Il n'y a pas assez de cohérence et de partage des initiatives qui traitent ces questions communes.

Recommandation 13

Mettre en oeuvre un processus structuré de résolution de problèmes, coordonné et appuyé par l'Administration centrale.

Communication et production de rapports

La structure de partage des initiatives est faible.

Les régions se rencontrent régulièrement pour discuter des idées et échanger des informations, mais il n'y a pas d'ordre du jour officiel et les personnes qui participent aux réunions n'ont pas à rendre de comptes. Il faudrait suivre un ordre du jour et les participants devraient retourner dans leur région avec un plan d'action pour mettre en oeuvre les nouvelles initiatives exposées lors de la rencontre.

Recommandation 14

La DGSM devrait formuler et mettre en oeuvre une stratégie de communication interne.

Examen de la consommation pharmaceutique ou Système d'établissement du profil des fournisseurs de services dentaires

L'Examen de la consommation pharmaceutique (ECP) est un système utilisé pour relever et suivre de près les cas de consommation excessive de médicaments agissant sur le système nerveux central couverts par le Programme des SSNA. Plusieurs régions se servent aussi de ce programme pour relever les abus ou fraudes potentiels. De même, le Système d'établissement du profil des fournisseurs de services dentaires (PFSD) sert, dans ce domaine, à relever les traitements inopportuns et les cas où un

autre traitement peut être utilisé. Le PFSD n'est pas autant utilisé que l'ECP car il a été instauré récemment et les intéressés sont encore en train de l'apprendre. En raison de l'usage limité du PFSD, nos observations portent principalement sur l'ECP.

Recommandation 15

La DGSM devrait mettre en oeuvre des politiques et procédures qui feront en sorte que toutes les régions utilisent uniformément l'ECP et le PFSD pour interpréter et surveiller l'utilisation excessive du programme et relever les fraudes possibles.

Conclusion

La stratégie de gestion globale des risques dans l'ensemble de l'organisation présente des lacunes importantes. Pour remédier à la situation, la grande priorité est que la haute directionn relève les risques associés à l'exécution du programme et y alloue les ressources nécessaires. Il est essentiel d'avoir le soutien des gestionnaires si l'on veut obtenir les résultats escomptés et conserver l'attention et le profil requis.

Les gestionnaires devraient ensuite former une équipe de gestion des risques. Les ressources, rôles et responsabilités doivent être précisés et un cadre d'imputabilité pour la gestion des risques mis en oeuvre. L'imputabilité constituera un élément clé du succès général de la composante de vérification du programme.

Il faut encourager l'instauration de canaux de communication qui permettront de transmettre clairement les meilleures pratiques et les initiatives efficaces à toutes les régions. Avec la structure, l'engagement de la haute direction, les ressources et les techniques appropriés, le risque global lié au programme peut être réduit à un niveau "acceptable".

En ce qui concerne l'approche globale de vérification proposée par FCH, nous estimons que la firme a apporté des améliorations notables au processus global. Elle respecte également les exigences contractuelles en ce qui concerne le niveau minimum d'activités de vérification. Cependant, en raison des limites du contrat et de l'objet de leur mandat, leur niveau global d'activités est au seuil minimal et n'apportera pas une solution aux préoccupations soulevées au sujet du Programme des SSNA.

Il existe des écarts importants entre les exigences contractuelles de FCH et ce qui est nécessaire pour aborder comme il se doit les problèmes qui se posent dans le Programme des SSNA. Le contrat à honoraires fixes, la gamme d'aptitudes et les compétences de base, la somme de ressources et la portée du mandat de la firme accroissent tous la difficulté de mettre en oeuvre une stratégie de gestion globale des risques.

1.0 Introduction

Renseignements généraux

Santé Canada a la responsabilité de fournir un certain nombre de biens et de services liés à la santé à environ 655 000 Indiens inscrits, et Inuits et Innus admissibles. Ces biens et services, appelés des services de santé non-assurés (SSNA), incluent: les services pharmaceutiques (y compris les médicaments délivrés sur ordonnance et en vente libre, les fournitures et le matériel médicaux), les soins dentaires, les soins ophtalmologiques, le transport médical, les cotisations d'assurance-maladie et d'autres services de santé, et sont en général dispensés par une vaste gamme de fournisseurs autorisés à travers le Canada. La Direction générale des services médicaux (DGSM) a identifié les biens et services particuliers que les Indiens inscrits, et les Inuits et Innus admissibles ont le droit de recevoir dans le cadre du Programme des SSNA. Le programme couvre une gamme de services de santé non incluses dans les programmes de soins assurés provinciaux. Lorsque les services pharmaceutiques, les soins dentaires, et les fournitures et le matériel médicaux ont été fournis aux prestataires admissibles, les fournisseurs autorisés présentent leur demande de remboursement au Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement (SISTDP) qui est administré par une firme. Celle-ci demande ensuite un remboursement à Santé Canada.

Le Programme des services de santé non-assurés relève, sur le plan financier, des Services de santé des Indiens et des Inuits. Les dépenses des SSNA représentent environ 50 p. 100 de l'enveloppe des dépenses des Services de santé des Indiens et des Inuits qui était de 1 052 800 000 $ pour l'exercice 1997-1998. Le budget du programme des SSNA pour le même exercice était de 529,4 millions de dollars et les dépenses réelles ont totalisé 507,7 millions de dollars. Avec 180 millions de dollars, la pharmacie représente 35 p. 100 des dépenses alors que les soins dentaires comptent pour 20 p. 100 avec un total de 104 millions de dollars. Le reste du budget sert au transport, aux soins ophtalmologiques, aux primes d'assurance-santé et à d'autres services médicaux.

Dans le cadre du Programme des SSNA, plusieurs intervenants participent à la fourniture des médicaments, des services dentaires, des fournitures et du matériel médicaux. Nous les présentons brièvement en précisant leur rôle dans le processus de traitement des demandes de remboursement.

- *Indiens inscrits, et Inuits et Innus admissibles:* Au nombre de 655 000 et plus réparties dans 10 provinces et 2 territoires, les Indiens inscrits, et les Inuits et Innus admissibles reçoivent des services de santé qui ne sont pas couverts par les programmes provinciaux, mais pour ce faire, ils doivent faire appel à un fournisseur autorisé et prouver qu'ils répondent aux critères d'admissibilité au programme.

- *Fournisseurs de services (pharmacies, dentistes, et fournisseurs de fournitures et de matériel médicaux):* Il y a environ 21 300 dentistes, 6 500 pharmacies et 2 000 fournisseurs de fournitures et de matériel médicaux dans le pays, qui travaillent individuellement ou dans des organisations et servent les clients des SSNA. Ces fournisseurs transmettent leurs demandes de remboursement à la firme.

- *La firme chargée d'administrer le Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement (SISTDP) depuis le 1er décembre 1998 (First Canadian Health) (FCH):* La firme retenue par Santé Canada a la responsabilité de traiter les demandes et de payer les fournisseurs des services prodigués aux Indiens inscrits, aux Inuits et Innus admissibles; elle se fait ensuite rembourser par Santé Canada. À titre d'administratrice du SISTDP, FCH doit gérer efficacement le système de traitement des demandes de paiement. L'objectif principal des contrôles et processus internes de vérification est de détecter les irrégularités dans les facturations, de prendre les mesures appropriées et de vérifier la légitimité des prescripteurs et des fournisseurs. De plus, Santé Canada a chargé FCH d'effectuer un niveau minime d'activités de vérification dans le cadre du contrat global pour le traitement des demandes de paiement.

- *Santé Canada:* La Direction générale des services médicaux (DGSM) du Ministère est responsable de la gestion efficace du Programme des SSNA.

- *Médecins:* Les médecins fournissent les soins médicaux aux Indiens inscrits, et aux Inuit et Innus admissibles; leurs honoraires sont généralement payés par le programme de santé provincial. Leur responsabilité se limite à la gestion des patients; la rédaction des ordonnances mise à part, ils ne participent pas directement au Programme des services de santé non-assurés.

Défis du programme

Un principe important du Programme des SSNA est de fournir des services de santé de qualité à tous les Indiens inscrits, et Inuits et Innus admissibles résidant au Canada, quels que soient leur localisation ou leur niveau de revenu. Santé Canada s'efforce également de veiller à ce que les prestations obligatoires soient offertes uniformément à l'échelle nationale, que l'accès soit équitable et qu'elles répondent à des normes élevées. Ces buts et objectifs ambitieux ont leur lot de défis et d'obstacles. Le Bureau du Vérificateur général (BVG) et la presse ont fait des commentaires sur le programme. Le rapport du Vérificateur général sur la santé des Premières nations a souligné:

> "La gestion des prestations pharmaceutiques fournies en vertu du Programme des services de santé non-assurés (SSNA) comporte des lacunes importantes, ce qui permet aux clients de se procurer de très grandes quantités de médicaments prescrits. Bien que le Ministère soit au courant depuis presque dix ans du problème de l'usage à mauvais escient des médicaments prescrits, nous n'avons constaté aucun signe indiquant qu'il soit beaucoup plus difficile d'en obtenir... on a mis beaucoup de temps à intervenir."

Les commentaires ont mis en évidence les exagérations de certains clients et fournisseurs ainsi que les problèmes que la haute direction a rencontrés pour mettre un frein à ce problème grandissant.

Les principaux défis de la gestion du Programme des SSNA et de ses risques inhérents peuvent se résumer comme suit:

- la population desservie par le Programme de SSNA est géographiquement dispersée et souvent située dans des collectivités isolées, ce qui fait qu'il est plus difficile d'assurer la rentabilité des services;
- plusieurs gouvernements participent à la prestation des services de santé aux Indiens inscrits, et aux Inuits et Innus admissibles, ce qui complique l'administration du programme; et
- il est impossible de contrôler le rôle que jouent les médecins et les dentistes. À l'occasion, les dentistes prescrivent les services les plus récents et les plus coûteux et le programme n'a souvent pas le droit de refuser de les couvrir.

Les facteurs indiqués ci-dessus ont des retombées sur la gestion du Programme des SSNA et font qu'il est difficile de le comparer avec d'autres programmes de santé offerts par les provinces ou d'autres ministères fédéraux. Les contrôles ou techniques internes de vérification utilisés par d'autres programmes sont souvent inefficaces pour le Programme des SSNA. Par exemple, d'autres programmes utilisent largement les confirmations des clients pour vérifier que les services ont été offerts et que les clients

Ce sont eux qui menacent le plus le succès de la gestion de l'exécution du programme. Les paragraphes suivants les décrivent et énoncent nos recommandations pour les alléger.

3.2.1 Intensité du programme de vérification

Le champ d'application proposé par FCH pour les vérifications répond aux exigences contractuelles. Cependant, il existe un écart important entre l'intensité du programme de vérification et le risque global du Programme des SSNA.

Le niveau approprié d'activités de vérification dépend de l'objet des activités et des résultats escomptés. Une organisation qui souhaite utiliser la vérification comme mesure principale de dissuasion pour les fraudes et les exagérations devra investir beaucoup plus de ressources pour atteindre son objectif qu'une autre pour laquelle la vérification fait partie de nombreux instruments qui servent à réduire le risque inhérent au programme. Essentiellement, le niveau convenable d'activités de vérification varie beaucoup d'un organisme à l'autre. Au cours de notre examen, les données de l'industrie que nous avons obtenues ont montré qu'il existe en pratique très peu de normes à cause des grandes différences dans le traitement des demandes de paiement. Ces grands écarts dans la structure des programmes font que les contrôles clés et les risques inhérents fluctuent eux aussi d'une organisation à l'autre. Pendant notre exercice de collecte de documentation de référence, nous n'avons pas pu obtenir assez de renseignements pertinents qui nous auraient permis de déterminer si la DGSM utilise les meilleures pratiques de l'industrie.

À partir de notre examen du Programme des services de santé non-assurés, nous avons déterminé que le risque inhérent au programme est très élevé à cause de l'éparpillement géographique et de la structure du programme. Par conséquent, la haute direction souhaitera peut-être intensifier les activités de vérification afin de réduire le risque global à long terme.

Le niveau d'activités de vérification proposé par FCH répond aux exigences contractuelles et les dépasse parfois (par exemple l'introduction des vérifications du lendemain). Le contrat exigeait le même niveau d'activités de vérification que pour l'entrepreneur précédant. Néanmoins, il existe un écart important entre l'intensité du programme de vérification et les risques globaux du Programme des SSNA. La stratégie et la méthodologie de vérification proposées par FCH ne comptent que pour une petite partie de la stratégie de gestion globale des risques que Santé Canada devrait adopter.

2.0 Étendue et objectifs de l'étude

Étendue

La firme First Canadian Health Management Corporation Inc. (FCH) assume depuis le 1er décembre 1998 la responsabilité du Système national et automatisé, d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement (SISTDP) pour le Programme des services de santé non-assurés. Devant les résultats de la vérification effectuée par le Bureau du Vérificateur général et en raison des faiblesses relevées dans les programmes de vérification des fournisseurs, la société Ernst & Young a été chargé d'examiner les programmes de vérification ("dentisterie et pharmacie") proposés par FCH et de formuler ses commentaires sur leur bien-fondé. La haute direction et la Direction de la vérification interne de Santé Canada ont vu dans le changement de gestionnaire du SISTDP l'occasion idéale d'étudier la démarche actuelle de vérification et d'apporter les modifications appropriées pour renforcer la gestion globale du programme.

L'étendue originale de ce travail a été par la suite élargie pour inclure l'étude de la stratégie de gestion des risques et de la structure globales du Programme des SSNA. Lors de la consultation des documents, il est devenu évident que le degré actuel de vérification sur lequel la firme FCH et la DGSM s'étaient entendues ne suffirait pas à atteindre les buts et les objectifs du Ministère, et à trouver une solution aux points soulevés par le BVG et les médias. Quoique cet aspect de l'examen n'ait pas de retombées directes sur FCH, il est essentiel de traiter ces points afin d'assurer la gestion efficace du programme.

À la lumière des développements récents, on nous a demandé de déterminer si la structure actuelle de gestion et ses activités étaient suffisamment dynamiques pour faire face aux imprévus. Quoiqu'il n'existe pas d'instruments pour prévenir la fraude par collusion, il y a quand même des stratégies de gestion des risques qui réduiront le risque global lié au programme. C'est dans cette perspective que nous avons formulé nos recommandations.

L'examen a été mené du 15 avril au 1er novembre 1998. Les commentaires formulés dans le présent rapport reflètent la situation au 1er novembre 1998.

Objectifs

L'objectif de l'examen était d'évaluer:

- le bien-fondé de l'approche de vérification des fournisseurs adoptée par FCH concernant les services dentaires et pharmaceutiques; et
- la gestion globale du risque général du Programme des SSNA par la DGSM.

Notre examen de la gestion globale des risques de ce programme par la DGSM se limite aux aspects financiers. Il y a cependant un certain nombre de concepts qui sont liés au modèle plus global de gestion des risques qui comprend des préoccupations de santé. Cependant, les risques liés à la santé concernant le programme de SSNA ne sont pas traités car ils dépassent la portée de cet examen.

Méthodologie

Afin d'atteindre les objectifs de l'examen, nous avons accompli les activités qui suivent:

- **Examen de la documentation** — La liste des documents les plus importants examinés se trouve à l'annexe B.
- **Tenue d'entrevues** — Nous avons tenue des entrevues avec plusieurs représentants de Santé Canada à l'Administration centrale et dans les bureaux régionaux de l'Ontario, du Manitoba, de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et du Québec; ainsi qu'avec des représentants de la firme FCH. Le but principal de ces entrevues était de comprendre l'environnement actuel de contrôle et la structure de gestion en place pour faire face aux risques liés au programme. Ces rencontres ont eu aussi pour but de déterminer les éléments du programme qui préoccupaient la haute direction et d'avoir l'avis de ces derniers sur les améliorations possibles. Étant donné qu'il y a eu un grand nombre d'entrevues, les noms des personnes rencontrées ne sont pas indiqués ici mais peuvent être obtenus sur demande.

- **Analyse des programmes de vérification des fournisseurs et détermination des risques et critères de vérification** — À partir des renseignements dont nous disposions sur le Programme des SSNA, nous avons accompli les tâches qui suivent:

  - ➲ établissement de la liste des risques et critères de vérification et examen des programmes de vérification proposés afin de déterminer si ceux-ci étaient bien abordés par la méthodologie de vérification. Voir l'annexe A.

  - ➲ examen de la mesure dans laquelle les rôles et responsabilités sont déterminés et communiqués aux divers paliers de l'organisation.

  - ➲ examen des programmes proposés de vérification des fournisseurs de services dentaires et pharmaceutiques, et évaluation de l'à-propos de la méthodologie, repérage des lacunes, évaluation du champs d'application pour les vérifications et examen du processus global de vérification.

- **Recherche d'information de référence** — Nous avons mené une enquête dans divers ministères fédéraux et provinciaux de même que dans des firmes privées qui fonctionnent dans des environnements semblables afin d'analyser les pratiques de vérification au chapitre du traitement des demandes de paiement. En raison des différences de structure des programmes et de clientèle, il a été impossible d'appliquer les pratiques des autres organisations à celles indiquées dans la proposition de FCH. En outre, à cause de la nature sensible de l'information, la documentation obtenue par Ernst & Young n'a pas pu servir de référence, ce qui fait que nous n'avons pas été en mesure de dire si la DGSM est à la fine pointe des meilleures pratiques adoptées dans l'industrie.

3.0 Examen de la méthodologie proposée par FCH

Cette section examine l'approche et la stratégie globale de vérification proposées par FCH. Les activités de vérification de FCH ne sont qu'un élément de la stratégie de gestion globale des risques requises pour faire en sorte que l'exécution du programme soit rentable. Certaines des observations faites dans cette section ne relèvent pas nécessairement du contrôle de FCH mais touchent plus directement certaines de ses activités.

Au cours de notre examen, nous avons relevé des faiblesses dans le processus de vérification lui-même qui augmentent le risque global du programme. Certains détails sont difficiles à résoudre à cause de la nature du programme et du contexte dans lequel il fonctionne. Cependant, si la haute direction est consciente de ses limites, elle peut concevoir des initiatives qui les prennent en compte. Ces initiatives sont abordées dans la section 5, Stratégie de gestion globale des risques.

En règle générale, aucune approche de vérification n'élimine complètement le risque. Tout processus de vérification possède ses limites inhérentes et les gestionnaires du programme doivent être en mesure de définir le niveau acceptable de risque. De plus, les procédés de vérification ne mettent pas nécessairement au jour la fraude et ne constituent pas non plus des mesures de dissuasion radicales, surtout dans les cas de collusion. Cependant, autant que possible, nous soulignons les cas de fraude potentielle et nous recommandons des mesures de dissuasion possibles.

3.1 Méthodologie de vérification proposée par FCH

La méthodologie de vérification proposée par FCH pour les services pharmaceutiques est résumée dans l'annexe C du présent rapport. Selon notre interprétation des choses et après examen de la première ébauche de la méthodologie de vérification proposée pour les programmes dentaires, les méthodologies nous paraissent semblables en nature et en contenu. Voici les grandes lignes de la méthodologie proposée:

- Les renseignements sur les demandes de remboursement seront analysés tous les trimestres selon sept critères différents d'établissement de profil, ce qui donnera une liste de 60 propositions de fournisseurs qui pourraient faire l'objet d'une vérification sur place à effectuer chaque année.

- La liste de fournisseurs proposés sera remise à la DGSM pour étude, commentaires et approbation.

- Un nombre déterminé de transactions, fondé sur les résultats des sept méthodes d'établissement de profil, seront sélectionnées pour vérification sur place. Au besoin, des demandes de confirmations seront envoyées aux clients.

- Les résultats de la vérification seront examinés et l'on essaiera d'obtenir du fournisseur un remboursement des écarts.

- Un rapport sommaire sera remis à la DGSM où figurent les résultats et toute recommandation de mesure de suivi (c.-à-d. vérification dans les six mois, transmission à l'instance qui décerne les permis, etc.).

FCH propose les procédés supplémentaires suivants:

- Vérifications du lendemain - Des procédés d'examen supplémentaire seront mis en oeuvre le lendemain de la réception de demandes pour les demandes de paiement de plus de 100 $, les demandes multiples pour un même client, les demandes comportant un code d'intervention et les demandes concernant des médicaments composés ou en vente libre, afin de déterminer si une enquête plus poussée se justifie.

- Plaintes des clients - Toutes les plaintes reçues des clients seront envoyées à la DGSM qui les traitera et les transmettra à FCH si elles doivent donner lieu à une vérification.

La méthodologie de vérification proposée est axée sur le traitement des demandes de paiement et ne porte sur aucune autre stratégie de gestion des risques. Cependant, FCH a la responsabilité d'administrer une organisation efficace de traitement des demandes.

3.2 *Résultats et recommandations*

À partir de l'examen de la méthodologie de vérification proposée par FCH, nous avons déterminé les risques liés au traitement des demandes de remboursement et les contrôles ou stratégies de gestion des risques mises en oeuvre par FCH ou la haute direction. Certains risques ne sont couverts ni par FCH ni par une stratégie interne.

Ce sont eux qui menacent le plus le succès de la gestion de l'exécution du programme. Les paragraphes suivants les décrivent et énoncent nos recommandations pour les alléger.

3.2.1 Intensité du programme de vérification

Le champ d'application proposé par FCH pour les vérifications répond aux exigences contractuelles. Cependant, il existe un écart important entre l'intensité du programme de vérification et le risque global du Programme des SSNA.

Le niveau approprié d'activités de vérification dépend de l'objet des activités et des résultats escomptés. Une organisation qui souhaite utiliser la vérification comme mesure principale de dissuasion pour les fraudes et les exagérations devra investir beaucoup plus de ressources pour atteindre son objectif qu'une autre pour laquelle la vérification fait partie de nombreux instruments qui servent à réduire le risque inhérent au programme. Essentiellement, le niveau convenable d'activités de vérification varie beaucoup d'un organisme à l'autre. Au cours de notre examen, les données de l'industrie que nous avons obtenues ont montré qu'il existe en pratique très peu de normes à cause des grandes différences dans le traitement des demandes de paiement. Ces grands écarts dans la structure des programmes font que les contrôles clés et les risques inhérents fluctuent eux aussi d'une organisation à l'autre. Pendant notre exercice de collecte de documentation de référence, nous n'avons pas pu obtenir assez de renseignements pertinents qui nous auraient permis de déterminer si la DGSM utilise les meilleures pratiques de l'industrie.

À partir de notre examen du Programme des services de santé non-assurés, nous avons déterminé que le risque inhérent au programme est très élevé à cause de l'éparpillement géographique et de la structure du programme. Par conséquent, la haute direction souhaitera peut-être intensifier les activités de vérification afin de réduire le risque global à long terme.

Le niveau d'activités de vérification proposé par FCH répond aux exigences contractuelles et les dépasse parfois (par exemple l'introduction des vérifications du lendemain). Le contrat exigeait le même niveau d'activités de vérification que pour l'entrepreneur précédant. Néanmoins, il existe un écart important entre l'intensité du programme de vérification et les risques globaux du Programme des SSNA. La stratégie et la méthodologie de vérification proposées par FCH ne comptent que pour une petite partie de la stratégie de gestion globale des risques que Santé Canada devrait adopter.

Recommandation 1

La DGSM devrait intensifier les activités de vérification en établissant une équipe de gestion des risques, jusqu'à ce qu'il y ait des preuves que les exagérations ou les fraudes ont diminué et ont atteint un niveau raisonnable.

Le programme de vérification devrait être dynamique afin de pouvoir faire face aux risques liés au programme. En particulier, le niveau d'activités de vérification devrait se fonder sur les irrégularités de facturation et les fraudes potentielles relevées par l'Administration centrale et les bureaux régionaux de la DGSM. Afin d'intensifier les activités de vérification, il faudrait disposer de ressources supplémentaires internes et externes. La haute direction devrait envisager de négocier une entente avec une partie externe pour offrir des services supplémentaires, surtout dans les domaines où les compétences de base internes sont insuffisantes. L'entente peut reposer sur une rémunération à l'heure ou "à la vérification", ce qui donne à la haute direction assez de marge de manoeuvre pour faire le maximum ou le minimum qu'elle juge nécessaire. L'intensification des activités de vérification devrait être rapidement rendue publique et agir comme mesure de dissuasion. Les coûts de fonctionnement associés aux ressources et activités supplémentaires seront probablement compensés indirectement par la diminution future des demandes de paiement.

3.2.2 Limites contractuelles

Le contrat avec FCH n'encourage pas l'accroissement des activités de vérification afin de minimiser le risque global lié au Programme des SSNA.

Quand FCH a déposé sa proposition pour le SISTDP par rapport aux services de santé non-assuré, elle a négocié des honoraires fondés sur le nombre de demandes traitées avec des honoraires fixes pour la ligne d'appel sans frais et les projets discrétionnaires. Une telle structure tarifaire est attrayante pour le Ministère car elle comprend tout et est facile à administrer. Il n'y a pas d'exigence de rajustements et le nombre de demandes traitées est facile à vérifier.

Ce type de contrat comporte cependant des lacunes. La composante de vérification incluse dans le contrat est couverte par le prix fixe et devient alors un frais général pour l'entrepreneur. Il n'y pas d'incitatifs financiers immédiats pour découvrir des irrégularités supplémentaires pour le compte de Santé Canada en particulier. Non seulement FCH ne retire rien des recouvrements, mais plus elle trouve d'anomalies, plus son fonctionnement devient coûteux parce que le nombre de demandes traitées baissent et le processus de vérification devient un fardeau administratif coûteux.

Pour optimiser ses profits contractuels, FCH pourrait se contenter de faire un minimum d'activités de vérification. L'effort investi dans le processus de vérification concorde avec les exigences contractuelles mais ne répondera pas nécessairement aux besoins du Ministère. Dans sa formulation actuelle, le contrat ne favorise pas l'intensification des activités de vérification en vue de minimiser le risque.

Recommandation 2

La DGSM devrait modifier le contrat actuel avec la firme FCH afin de mieux la dédommager au chapitre du recouvrement des coûts et d'intensification des activités de vérification.

Il nous semble que les deniers publics peuvent servir à payer un entrepreneur pour des services rendus mais pas comme une récompense. Comme tel, le contrat avec FCH peut être formulé pour faire du processus de vérification une composante individuelle au lieu de l'inclure dans les frais généraux de la firme. Pour accroître le rendement en la matière, les honoraires versés peuvent se baser sur une proportion du recouvrement. Une telle formule de rémunération donnera également à la haute direction une marge de manoeuvre au plan de l'intensité du programme de vérification. Cependant, FCH n'est peut-être pas la solution au problème sous-jacent; la mise sur pied d'une équipe de gestion du risque pourrait éliminer le besoin que FCH accroisse notablement ses efforts et ses activités de vérification.

3.2.3 Compétences exigées et formation

Les employés de FCH n'ont pas les compétences requises en détection de fraudes et en vérification pour traiter comme il se doit les situations à risque élevé où les modèles indiquent une fraude potentielle.

Si l'on veut réussir la mise en oeuvre du processus de vérification, il est essentiel d'avoir les connaissances appropriées pour découvrir les irrégularités et reconnaître les signes d'exagération et de fraude. Non seulement les vérificateurs ont besoin d'avoir des connaissances médicales ou dentaires mais ils doivent aussi être formés pour effectuer les vérifications et détecter les fraudes. Il ressort de notre conversation avec des représentants de FCH que la plupart des employés qui s'occuperont de la composante de vérification du contrat auront les connaissances médicales ou dentaires appropriées.

Cependant, la formation des compétences en vérification et en détection de fraudes semblent insuffisantes. On nous a dit que la plupart des stagiaires reçoivent entre

quatre et six semaines de formation, dont seule une partie est reliée directement au traitement des demandes de paiement et au Programme des services de santé non-assurés. Par exemple, la formation dispensée touche l'apprentissage d'Excel, le fonctionnement de l'entreprise et l'interprétation des rapports et des données. Les vérificateurs peuvent suivre des années de formation avant de connaître et de déceler les signes de risque. Même si nous ne sommes pas convaincus qu'il faille instituer un programme aussi poussé dans cette situation parce que le contexte est limité et que les activités se répètent, nous estimons que le programme actuel ne fournit pas les compétences de base nécessaires pour offrir une stratégie complète de gestion des risques. Les employés de FCH n'ont pas les compétences requises en détection des fraudes et en vérification pour traiter comme il se doit les situations à risque élevé où les modèles indiquent une fraude potentielle.

Recommandation 3

FCH devrait instaurer un programme de formation qui permettrait aux employés d'acquérir les compétences de base.

Les employés embauchés par FCH pour effectuer les procédures de vérification devraient recevoir une formation plus poussée afin d'avoir les connaissances nécessaires pour détecter les irrégularités de facturation et les signes de fraude potentiel. La formation générale est offerte par des firmes locales spécialisées dans ce type de services mais la formation spécifique au programme devrait être élaborée au sein même de l'organisation afin de traiter spécialement les questions pertinentes au Programme des services de santé non-assurés.

Nous estimons également que l'équipe de gestion des risques peut compenser certaines faiblesses de la formation et des compétences de base dénotées dans l'approche de FCH. Selon le contrat, les responsabilités de FCH n'ont rien à voir avec la gestion globale des risques du programme; elles touchent seulement le traitement des demandes. Par conséquent, il peut ne pas être nécessaire que le personnel de FCH suive une formation poussée en détection des fraudes et en vérification si l'équipe de gestion des risques possède ces compétences de base.

3.2.4 Participation régionale – Choisir et effectuer des vérifications ciblées

Les bureaux régionaux ne sont pas suffisamment impliqués dans le processus d'identification des fournisseurs potentiels à vérifier ni dans la conception de

programmes de vérification qui sont pertinents aux fournisseurs qui feront l'objet de vérifications.

Les bureaux régionaux seront informés des prochaines vérifications que FCH effectuera et participeront au choix des fournisseurs qui feront l'objet de vérifications dans leur région respective. Le processus doit aller un peu plus loin et les bureaux régionaux doivent y participer plus activement. Bien souvent, en tant qu'initié et étant en contact avec les associations, le personnel des régions est le mieux placé pour avoir les renseignements les plus utiles sur les fournisseurs et leur type d'activités.

Recommandation 4

Tel qu'il est proposé dans l'approche de vérification de FCH (Phase 1, Choix de la vérification), la DGSM devrait veiller à ce qu'un processus structuré soit mis en place afin d'obtenir l'avis des bureaux régionaux en ce qui concerne la sélection des fournisseurs qui feront l'objet de vérifications sur place.

L'Administration centrale devrait élaborer un modèle fondé sur les risques que chaque région devrait utiliser pour présenter sa liste trimestrielle de candidats. Lorsque les fournisseurs qui feront l'objet de vérifications ont été choisis, un processus devrait permettre aux bureaux régionaux d'intervenir d'une manière quelconque pendant la vérification afin d'avoir l'assurance qu'elle se concentre sur les problèmes. Une telle approche améliorerait probablement les recouvrements et réduirait l'effort requis.

3.2.5 Critères de vérification

À notre avis, la liste des critères de vérification ne couvre pas adéquatement tous les risques.

Avant de choisir les fournisseurs qui feront éventuellement l'objet d'une vérification, FCH propose d'effectuer une série d'analyses afin de déterminer quels candidats représentent le plus grand risque pour l'organisation. Les techniques d'établissement de profil n'appliquent qu'un nombre limité de critères. Dans le cadre de ce système, on ne cherchera probablement jamais d'irrégularités chez les fournisseurs qui remettent des demandes "moyennes" contenant de faux renseignements ou des renseignements hors des limites des critères. De même, un fournisseur qui soumet un nombre important de demandes dans une période relativement courte ne sera probablement pas choisi parce que ce nombre de demandes n'est pas jugée excessive

quand on adopte une perspective globale. On nous a dit que le Programme des SSNA examinera chaque année l'à-propos du programme pharmaceutique et dentaire. Nous estimons que le processus devrait être plus dynamique.

Recommandation 5

La DGSM et FCH devraient examiner régulièrement les indicateurs de rendement de sorte que les problèmes courants soient pris en compte au moment de choisir les fournisseurs susceptibles de faire l'objet d'une vérification.

Recommandation 6

FCH devrait effectuer des vérifications au hasard.

Le processus devrait être dynamique pour faire en sorte que les critères ou les indicateurs de rendement reflètent toujours les profils de risques relevés et les méthodes d'exploitation abusive du système qui existent. La liste des critères de vérification devrait être dressée de concert avec l'Administration centrale qui devrait assurer la coordination avec les régions. Régulièrement, l'Administration centrale et FCH examineraient avec les régions les types les plus importants d'abus soupçonnés ainsi que les indicateurs clés permettant de détecter les anomalies. L'Administration centrale pourrait alors transmettre l'information à FCH. Nous recommandons également d'effectuer certaines vérifications aléatoires. Quoique la quantité devrait être minime, nous estimons qu'elles constituent une partie essentielle d'une approche de vérification complète.

3.2.6 Confirmations des clients

FCH n'assure pas de suivi relativement aux confirmations des clients de pharmacies quand elle n'obtient pas de réponse, ce qui peut être un signe d'irrégularités.

Les confirmations des clients et des prescripteurs sont utilisées lors de vérifications sur place effectuées dans les pharmacies quand il y a un doute sur l'admissibilité d'une prestation. Même si les confirmations des clients peuvent être très efficaces, il est essentiel d'assurer un suivi. Il ressort de nos discussions avec des représentants de FCH que les confirmations des clients servent effectivement dans les cas où la fourniture des services est mise en doute. Cependant, les gestionnaires de FCH ont confirmé que le suivi des requêtes restées sans réponse ne fera pas partie de leur méthodologie. Nous estimons qu'une absence de réponse représente un risque plus élevé et que des mesures de redressement s'imposent.

Recommandation 7

FCH devrait assurer un suivi relativement à toutes les demandes de confirmation restées sans réponse pendant une période déterminée.

La deuxième demande de confirmation indiquerait clairement que FCH est déterminée à obtenir une réponse à sa demande. Si celle-ci n'est pas retournée, il faudrait faire un rappel téléphonique dans la mesure du possible. S'il se révèle impossible d'obtenir une réponse, il faudrait prendre d'autres moyens pour avoir confirmation que le service a effectivement été fourni; par exemple, une demande de confirmation adressée au prescripteur ou la vérification de l'ordonnance originale afin d'avoir l'assurance que le prescripteur a effectivement émis une ordonnance et que la transaction est légitime. En général, les autres fournisseurs n'ont pas ces problèmes de confirmations des clients qui ne sont pas retournées car la clientèle est différente.

3.2.7 Pénalités pour dérogations

Dans des cas extrêmes seulement, le numéro du fournisseur peut être révoqué à la suite d'activités de facturation irrégulières.

Actuellement, les pénalités imposées aux fournisseurs qui accomplissent des activités illégales ou ont des pratiques de facturation irrégulières ne sont pas assez sévères pour dissuader les contrevenants potentiels. La plupart du temps, des avertissements sont envoyés aux fournisseurs ou aux médecins pour les informer qu'un doute plane à leur sujet mais aucune mesure énergique n'est prise. Dans les cas d'irrégularités confirmées, les fonds sont récupérés mais il n'y a aucune sanction.

Les fournisseurs remboursent le Programme des SSNA pour les irrégularités relevées mais peuvent continuer leurs actions.

Recommandation 8

De concert avec la DGSM, FCH devrait mettre en oeuvre un processus énergique de pénalisation des contrevenants.

Quoiqu'il puisse être difficile de refuser ou de révoquer les privilèges des fournisseurs, particulièrement dans les situations où il y a un seul fournisseur à des kilomètres des clients de la DGSM, cette mesure aurait certainement un effet dissuasif important. Une autre approche serait d'instaurer un système de pénalisation progressif selon lequel dès que des irrégularités sont découvertes, les fournisseurs

recevraient tout d'abord un avertissement écrit qui préciserait également qu'en cas de récidive, leurs privilèges seraient automatiquement révoqués.

Ces fournisseurs devraient alors être suivis de près afin d'avoir l'assurance que les irrégularités ont cessé. D'autres mesures pourraient consister à leur faire payer le traitement des mesures de redressement ou à publier le nom des contrevenants. Dans les cas extrêmes, il faudrait aussi envisager d'engager des poursuites judiciaires.

Conclusion

Quoiqu'il soit possible d'apporter quelques modifications à la méthodologie et à la structure proposées par FCH, étant donné le contrat actuel, la stratégie dans son ensemble est convenable. FCH peut améliorer l'intensité du programme de vérification, les critères de vérification, la formation de son personnel et l'utilisation des confirmations des clients.

Même si la méthodologie globale répond aux exigences contractuelles, elle ne convient peut-être pas au Programme des services de santé non-assurés. FCH ne couvre pas plusieurs risques liés à la gestion du programme. Il existe un besoin pour un modèle élargi de gestion des risques qui prendra en compte tous les aspects du programme. Les sections suivantes exposent en détail les composantes d'un modèle efficace de gestion des risques et formulent des recommandations qui permettront à la DGSM de renforcer son processus.

4.0 Description du processus de gestion des risques

Introduction

Pour que le Programme des SSNA puisse gérer ces risques, il faut définir les principaux et mettre en place des contrôles. Santé Canada et la DGSM doivent définir et instaurer un modèle de régie qui prendra en compte les risques associés au programme. Au cours de l'examen, nous avons relevé les risques généraux qui se présentent dans l'exécution du Programme des services de santé non-assurés. Notre analyse s'est concentrée sur trois catégories de risques liés au traitement des demandes de remboursement et aux exagérations potentielles par les clients et les fournisseurs du programme: risque inhérent, risque de contrôle, et risque de détection. Le modèle de régie devrait inclure une évaluation plus complète des risques de toutes les composantes du programme afin de les limiter.

- *Risque inhérent: Risque lié à la nature du programme et de ses opérations.*

  Nous avons déterminé que le risque inhérent du Programme des SSNA est élevé pour les raisons qui suivent.

  ⇒ De par leur nature, les médicaments représentent un risque très élevé pour le programme car ils ont des usages variés. Les médicaments peuvent servir à guérir des maladies, à éliminer l'infection ou à soulager la douleur. Cependant, ils peuvent aussi être obtenus pour d'autres buts comme l'usage illégal par des toxicomanes ou la revente au marché noir.

  ⇒ Le grand volume de transactions et la faible valeur monétaire de chacune accroît aussi le risque car il devient de plus en plus difficile de déceler les irrégularités dans la facturation lorsque la population faisant l'objet de vérification affiche des milliers de transactions semblables.

  ⇒ Le caractère délicat du programme en ce qui concerne les Indiens inscrits, et les Inuits et Innus admissibles ainsi que le gouvernement accroît aussi les risques inhérents. Les mesures de redressement sont plus difficiles à mettre en oeuvre à cause des ramifications qu'elles peuvent avoir. Par exemple, lorsqu'un fournisseur est soupçonné de fraude ou d'abus du

système, il peut être difficile de révoquer ses privilèges s'il est le seul fournisseur autorisé par le programme à des kilomètres à la ronde.

⇒ Les collectivités des Premières nations sont souvent situées très loin des villes et sont isolées. La distance, les barrières linguistiques et le fait qu'elles n'ont pas facilement accès aux ressources et programmes compliquent toute mise en oeuvre de programme de sensibilisation.

⇒ La structure administrative du programme nuit au succès de l'exécution du programme. Quoique la tendance dans l'industrie soit de payer directement le fournisseur, de nombreux programmes de services de santé exigent encore que les clients déboursent de l'argent avant d'obtenir un service et qu'ils joignent des justificatifs à leurs demandes de remboursement. Les Indiens inscrits, et les Inuits et Innus admissibles n'ont pas à avancer de fonds pour obtenir les services et n'ont pas à fournir de documents pour justifier les demandes. Au lieu de cela, les fournisseurs offrent des services qu'ils se font payer par la suite par le Programme des SSNA. Étant donné que le client n'a pas à débourser quoi que ce soit, le risque d'abus est plus élevé.

- *Risque de contrôle: Risque que les contrôles internes actuels ne détectent pas les demandes inadmissibles.*

Même si Santé Canada a pris plusieurs initiatives pour contrôler le mauvais usage du programme (l'Examen de la consommation pharmaceutique, le centre des exceptions pour médicaments des SSNA, le système d'établissement du profil des fournisseurs de services dentaires, la détermination préalable des services dentaires et l'établissement de plusieurs comités consultatifs) et que FCH a proposé d'utiliser les vérifications du lendemain et les vérifications sur place, nous avons néanmoins déterminé que le risque de contrôle est élevé pour la raison qui suit:

⇒ Il n'y a pas de copie papier des demandes de remboursement des services pharmaceutiques soumises à la firme et elles font rarement l'objet d'une vérification complète. Cette situation accroît les difficultés pour la DGSM. Sauf dans les cas exceptionnels, c'est-à-dire en cas de vérification du fournisseur, le Programme des SSNA n'oblige pas les fournisseurs à prouver que les services ont été rendus. La DGSM doit se fier à la bonne foi des médecins quand il s'agit d'obtenir la confirmation que les

ordonnances sont effectivement valides. Les vérifications sont généralement choisies en fonction du risque déterminé par huit critères. De plus, il y a plus de huit millions de demandes annuelles de paiement soumises en temps réel du point de service, ce qui rend les choses encore plus difficiles parce qu'il n'y pas de preuve de piste de vérification à laquelle se fier.

Les vérifications concernant l'exercice 1996 ont permis de recouvrer 228 896 $, c'est-à-dire seulement 0,08 p. 100 des dépenses totales de pharmacie et de services dentaires. En 1997-1998, sur les 15 examens des services dentaires effectués, seulement 3 ont mené à un recouvrement de 25 144 $. Sur un budget total de plus de 100 millions de dollars, des recouvrements de 25 000 $ ne suffisent pas pour envoyer aux fournisseurs le message que les exagérations ne seront pas tolérées. De même, les 50 vérifications sur place et les 178 vérifications à distance effectuées dans des pharmacies au cours de la même période ont permis de récupérer seulement 9 074 $. Le plan de vérification utilisé par la firme est essentiel mais ne suffit pas à dissuader les contrevenants.

- *Risque de détection: Risque que les irrégularités non détectées par les contrôles internes ne le seront pas non plus lors de vérifications.*

Si le risque inhérent et le risque de contrôle sont élevés, il faut augmenter les activités de vérification pour détecter les irrégularités possibles. En raison de l'évaluation des deux catégories précédentes de risque, le risque de détection est lui aussi **élevé** pour la raison qui suit:

⇒ La DGSM n'a pas actuellement de processus efficace de surveillance en vigueur dans toute l'organisation. Il n'existe pas de repérage systématique des risques, et par conséquent, les contrôles ne sont pas surveillés de manière constante.

À partir de notre examen global, nous avons déterminé que le risque général associé au Programme des SSNA est **élevé**. La DGSM a pris plusieurs initiatives pour renforcer les programmes de vérification des fournisseurs, mais en raison de son importance pour les Indiens inscrits, et les Inuits et les Innus admissibles, de même que des dépenses substantielles du programme, la gestion des SSNA par la DGSM doit être englobante afin de minimiser les risques.

ordonnances sont effectivement valides. Les vérifications sont généralement choisies en fonction du risque déterminé par huit critères. De plus, il y a plus de huit millions de demandes annuelles de paiement soumises en temps réel du point de service, ce qui rend les choses encore plus difficiles parce qu'il n'y pas de preuve de piste de vérification à laquelle se fier.

Les vérifications concernant l'exercice 1996 ont permis de recouvrer 228 896 $, c'est-à-dire seulement 0,08 p. 100 des dépenses totales de pharmacie et de services dentaires. En 1997-1998, sur les 15 examens des services dentaires effectués, seulement 3 ont mené à un recouvrement de 25 144 $. Sur un budget total de plus de 100 millions de dollars, des recouvrements de 25 000 $ ne suffisent pas pour envoyer aux fournisseurs le message que les exagérations ne seront pas tolérées. De même, les 50 vérifications sur place et les 178 vérifications à distance effectuées dans des pharmacies au cours de la même période ont permis de récupérer seulement 9 074 $. Le plan de vérification utilisé par la firme est essentiel mais ne suffit pas à dissuader les contrevenants.

- *Risque de détection: Risque que les irrégularités non détectées par les contrôles internes ne le seront pas non plus lors de vérifications.*

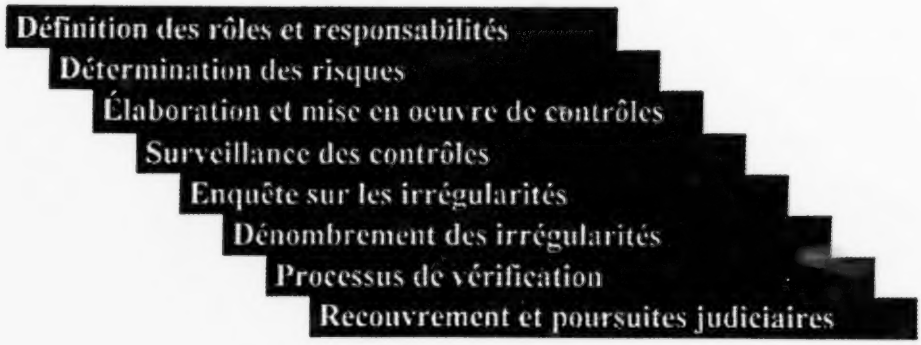
Si le risque inhérent et le risque de contrôle sont élevés, il faut augmenter les activités de vérification pour détecter les irrégularités possibles. En raison de l'évaluation des deux catégories précédentes de risque, le risque de détection est lui aussi **élevé** pour la raison qui suit:

⇒ La DGSM n'a pas actuellement de processus efficace de surveillance en vigueur dans toute l'organisation. Il n'existe pas de repérage systématique des risques, et par conséquent, les contrôles ne sont pas surveillés de manière constante.

À partir de notre examen global, nous avons déterminé que le risque général associé au Programme des SSNA est **élevé**. La DGSM a pris plusieurs initiatives pour renforcer les programmes de vérification des fournisseurs, mais en raison de son importance pour les Indiens inscrits, et les Inuits et les Innus admissibles, de même que des dépenses substantielles du programme, la gestion des SSNA par la DGSM doit être englobante afin de minimiser les risques.

Composantes d'un processus efficace de gestion des risques

La section précédente a mis en relief les différents facteurs qui contribuent au risque global du Programme des SSNA. Afin d'administrer le programme efficacement, il faut entreprendre et surveiller plusieurs activités essentielles. Les paragraphes ci-dessous résument les composantes d'un programme de gestion et d'une structure de régie efficaces.



- *Définition des rôles et responsabilités:*

  Afin d'accomplir n'importe quelle tâche, il faut définir clairement les rôles et responsabilités de tous les paliers de gestion, préciser les activités et affecter des ressources à chacune. De la sorte, les employés peuvent être tenus responsables des résultats.

- *Détermination des risques:*

  Avant de pouvoir élaborer une stratégie de gestion des risques, il faut dresser une liste complète de tous les risques liés au programme, les définir, les quantifier et en déterminer les conséquences.

- *Élaboration et mise en oeuvre des contrôles:*

  Lorsque les risques ont été relevés, les contrôles internes existants doivent être opposés afin d'assurer que chaque risque soit couvert par un contrôle correspondant. En l'absence de contrôles internes, la haute direction devrait élaborer et mettre en oeuvre des procédures de contrôle afin de réduire le risque global.

- *Surveillance des contrôles:*

  Les contrôles internes parviennent à réduire le risque global seulement s'ils sont surveillés régulièrement et adaptés aux circonstances.

- *Enquête sur les irrégularités:*

  Il faut enquêter sur les irrégularités afin de déterminer leur nature et leur cause, et prendre toute mesure de redressement nécessaire, sinon, les contrôles ne sont pas fiables.

- *Dénombrement des irrégularités:*

  Les irrégularités révèlent un modèle ou un comportement récurrent. Il faudrait estimer le montant de la plus grande erreur possible, et s'il est important, il faudrait pousser l'enquête.

- *Processus de vérification:*

  Vérification régulière:

  Les vérifications régulières se fondent sur le profil de risque établi par la firme pour les demandes traitées et sur les données des bureaux régionaux et de l'Administration centrale de la DGSM.

  Vérification judiciaire:

  Si la vérification régulière met à jour des erreurs ou irrégularités importantes, et la haute direction estime qu'une enquête approfondie s'impose, il faudrait effectuer une vérification judiciaire des irrégularités.

  Un aspect important de toute vérification judiciaire est la collecte de preuves. Lorsque les irrégularités sont importantes et la haute direction soupçonne une fraude, il est essentiel de recueillir des preuves afin d'établir un dossier qui pourra être ensuite utilisé au tribunal. Lorsque le recours aux tribunaux ne semble pas approprié, il est bon, malgré tout, de recueillir des preuves selon un format précis afin d'accroître les chances de recouvrement.

- *Recouvrement et poursuites judiciaires:*

  Le but ultime de ces activités est de récupérer des fonds lorsqu'il y a eu des facturations irrégulières ou d'engager des poursuites lorsqu'on soupçonne une fraude. Cette dernière étape de la stratégie de gestion globale des risques est importante car son résultat constituera une mesure de dissuasion. Si cette démarche n'est pas menée dans les règles ou si les pénalités attribuées sont incohérentes ou pas assez sévères, toutes les autres activités ont une utilité limitée.

Ces étapes constituent une stratégie de gestion globale efficace du Programme des SSNA. Même si une stratégie de gestion des risques ne pourrait jamais éliminer complètement les risques d'erreur ou de fraude, le risque général du programme s'en trouve réduit. Pour que la stratégie réussisse, il est essentiel que la responsabilité et l'imputabilité de chaque activité soient attribuées à une personne.

5.0 Stratégie de gestion globale des risques

Introduction

Lors de notre examen global de la stratégie de gestion des risques, nous nous sommes concentrés sur les initiatives entreprises par l'Administration centrale et les régions. Des observations importantes ont été relevées par rapport au cadre général des activités. Ces observations ne visent aucunement le personnel de la DGSM mais plutôt la structure et l'environnement actuel dans lesquels il travaille. Avec quelques ressources supplémentaires et une définition claire des rôles et responsabilités, il serait possible de mener plusieurs activités clés qui réduiraient le risque global du programme. La haute direction doit instaurer un modèle de régie plus structuré afin que s'exercent l'autorité et l'imputabilité, et que le risque global du programme soit réduit au minimum

Santé Canada a pris plusieurs mesures positives pour surveiller les risques, par exemple l'Examen de la consommation pharmaceutique, le Système d'établissement du profil des fournisseurs de services dentaires, la détermination et les approbations préalables des services. Cependant, nous estimons que d'autres initiatives peuvent être mises en oeuvre pour avoir l'assurance que les risques sont contrôlés et surveillés.

5.1 Processus actuel de gestion des risques

L'absence de processus bien défini de gestion des risques peut avoir comme conséquence que les risques liés aux SSNA ne sont pas décelés et par conséquent pas contrôlés ni surveillés. Il est important que tous les risques liés au programme soient relevés et que les contrôles appropriés soient en place.

Au cours de notre examen, nous avons analysé le processus global de gestion des risques actuellement en place et nous avons relevé quelques faiblesses. Dans plusieurs cas, les régions étaient au courant des principaux problèmes et connaissaient les contrevenants présumés, mais ne savaient pas quoi faire avec ces informations. Lorsque des irrégularités sont relevées, il n'existe pas de processus officiel pour enquêter et récupérer les fonds.

5.0 Stratégie de gestion globale des risques

Introduction

Lors de notre examen global de la stratégie de gestion des risques, nous nous sommes concentrés sur les initiatives entreprises par l'Administration centrale et les régions. Des observations importantes ont été relevées par rapport au cadre général des activités. Ces observations ne visent aucunement le personnel de la DGSM mais plutôt la structure et l'environnement actuel dans lesquels il travaille. Avec quelques ressources supplémentaires et une définition claire des rôles et responsabilités, il serait possible de mener plusieurs activités clés qui réduiraient le risque global du programme. La haute direction doit instaurer un modèle de régie plus structuré afin que s'exercent l'autorité et l'imputabilité, et que le risque global du programme soit réduit au minimum

Santé Canada a pris plusieurs mesures positives pour surveiller les risques, par exemple l'Examen de la consommation pharmaceutique, le Système d'établissement du profil des fournisseurs de services dentaires, la détermination et les approbations préalables des services. Cependant, nous estimons que d'autres initiatives peuvent être mises en oeuvre pour avoir l'assurance que les risques sont contrôlés et surveillés.

5.1 Processus actuel de gestion des risques

L'absence de processus bien défini de gestion des risques peut avoir comme conséquence que les risques liés aux SSNA ne sont pas décelés et par conséquent pas contrôlés ni surveillés. Il est important que tous les risques liés au programme soient relevés et que les contrôles appropriés soient en place.

Au cours de notre examen, nous avons analysé le processus global de gestion des risques actuellement en place et nous avons relevé quelques faiblesses. Dans plusieurs cas, les régions étaient au courant des principaux problèmes et connaissaient les contrevenants présumés, mais ne savaient pas quoi faire avec ces informations. Lorsque des irrégularités sont relevées, il n'existe pas de processus officiel pour enquêter et récupérer les fonds.

L'Administration centrale a lancé diverses initiatives comme l'Examen de la consommation pharmaceutique, qui est en oeuvre dans la plupart des régions et consiste à envoyer des lettres aux médecins ou aux pharmaciens en leur demandant des renseignements supplémentaires ou des explications sur des modèles inhabituels de facturation. De plus, certaines régions ont pris leurs propres mesures. Cependant, ces initiatives varient d'une région à l'autre et ne sont pas mises en oeuvre uniformément. Dans les régions qui n'ont pas d'activités de surveillance, le risque lié à l'exécution du programme est encore plus élevé. Il faut définir les activités clés de surveillance et veiller à ce qu'elles soient appliquées uniformément dans toutes les régions.

Les employés régionaux qui participent au processus ne savent pas qui est responsable de la gestion globale des risques du programme. Personne en particulier n'a été chargé de détecter et de surveiller les irrégularités de facturation et, par conséquent, il n'existe pas de cadre d'imputabilité. Quand les activités clés ont été déterminées, elles doivent être attribuées à des employés en particuler qui en rendront compte régulièrement.

Recommandation 9

La DGSM devrait mettre en oeuvre un processus de gestion des risques comme il est décrit dans la section 4.0 de notre rapport.

Nous estimons que le processus devrait inclure au moins les activités suivantes:

- Déterminer les risques;
- Mettre des mécanismes de contrôle en oeuvre;
- Définir les activités;
- Attribuer et définir les responsabilités;
- Surveiller les résultats; et
- Demander des comptes aux employés.

Jusqu'à ce qu'un processus bien défini soit en place, il sera difficile d'évaluer dans quelle mesure la gestion du Programme de SSNA permet de contrôler les risques liés à la fourniture des services. Quoique l'accroissement des ressources entraînera indubitablement des coûts d'exploitation plus élevés, il est fort probable que les économies à long terme réalisées grâce à la réduction des demandes de paiement compensera les coûts supplémentaires.

5.2 Définition des rôles et responsabilités

Dans tous les cas cités, les personnes participant aux activités de vérification n'ont pas pu définir clairement leurs rôles et responsabilités ou ceux de leurs collègues.

Peu d'employés des bureaux régionaux ou de l'Administration centrale ont été en mesure de préciser les rôles que la personne chargée de la liaison pour la vérification ou la Vérification interne jouent dans la stratégie de gestion globale des risques. Par exemple, certaines régions n'analysent pas les tendances ou ne relèvent pas les exagérations potentielles parce qu'elles pensent que cet aspect du programme est entièrement contrôlé et couvert par les activités de FCH. À cause de cette absence de définition claire des rôles et responsabilités, il est très difficile d'atteindre les objectifs. Personne n'est responsable d'autres types d'activités de vérification ou de mécanismes de détection des fraudes effectués dans chaque région ni des résultats qui en découlent, pas plus que l'Administration centrale n'est responsable de faire en sorte qu'un minimum d'initiatives soient mises en place. Les régions et l'Administration centrale semblent faire ce qui leur semble le mieux en termes de vérification, sans avoir à rendre compte à qui que ce soit.

Recommandation 10

La DGSM devrait clairement définir, communiquer et surveiller les rôles et responsabilités de toutes les personnes participant au processus de gestion des risques.

En raison de la préoccupation grandissante que représentent la fraude et les abus dans le programme, il faut établir des lignes directrices plus rigoureuses et les surveiller régulièrement. La haute direction doit faire de la prévention et de la détection des abus potentiels une haute priorité qui exige l'attention complète du personnel dans toute l'organisation. Lorsque cette priorité a été fixée, il faut définir clairement les buts et les objectifs à atteindre dans un laps de temps donné. Les rôles et les responsabilités liés à chacun de ces objectifs doivent être définis et attribués à des personnes en particulier qui devront régulièrement en rendre compte.

5.3 *Imputabilité*

La question de l'imputabilité est étroitement liée à notre observation précédente. Étant donné que les responsabilités n'ont pas été définies et attribuées à des employés en particulier, il n'existe pas de cadre d'imputabilité. On ne saurait tenir les employés

responsables quand ils ne sont pas au courant de leurs responsabilités. De plus, étant donné que les activités n'ont pas été attribuées, les résultats sont surveillés seulement lorsque des cas spéciaux se présentent. Il n'y a pas d'uniformité dans la surveillance ou le rapport des résultats.

Recommandation 11

La DGSM devrait établir un cadre précis d'imputabilité, et définir et communiquer des activités de rapport bien précises afin d'assurer l'uniformité du programme.

Lorsque les employés ont été attribués des rôles et responsabilités, ils doivent rendre compte des résultats qu'ils obtiennent. Les employés doivent continuellement surveiller les résultats et rapporter leurs conclusions à la haute direction.

5.4 Ressources et compétences de base

En raison du degré de risques lié au programme ainsi que de la nature et de la structure dans lesquelles il fonctionne, il semble que la somme actuelle de ressources ne suffise pas à traiter les problèmes comme il se doit. La haute direction doit décider dans quelle mesure elle souhaite mettre des contrôles en oeuvre afin de déterminer clairement les ressources nécessaires.

Afin de disposer d'un cadre de gestion complet des risques, la haute direction doit déterminer le niveau de ressources et les compétences de base nécessaires. Le Programme des SSNA est très complexe et demandera un minimum d'expertise dans des domaines tels les suivants:

- expertise médicale, pharmaceutique et dentaire pour distinguer les comportements ou modèles normaux et anormaux;
- expertise en détection des fraudes afin de documenter les irrégularités comme il se doit en prévision des poursuites judiciaires contre les contrevenants présumés; et
- expertise en vérification afin de relever et de surveiller les risques.

5.2 *Définition des rôles et responsabilités*

Dans tous les cas cités, les personnes participant aux activités de vérification n'ont pas pu définir clairement leurs rôles et responsabilités ou ceux de leurs collègues.

Peu d'employés des bureaux régionaux ou de l'Administration centrale ont été en mesure de préciser les rôles que la personne chargée de la liaison pour la vérification ou la Vérification interne jouent dans la stratégie de gestion globale des risques. Par exemple, certaines régions n'analysent pas les tendances ou ne relèvent pas les exagérations potentielles parce qu'elles pensent que cet aspect du programme est entièrement contrôlé et couvert par les activités de FCH. À cause de cette absence de définition claire des rôles et responsabilités, il est très difficile d'atteindre les objectifs. Personne n'est responsable d'autres types d'activités de vérification ou de mécanismes de détection des fraudes effectués dans chaque région ni des résultats qui en découlent, pas plus que l'Administration centrale n'est responsable de faire en sorte qu'un minimum d'initiatives soient mises en place. Les régions et l'Administration centrale semblent faire ce qui leur semble le mieux en termes de vérification, sans avoir à rendre compte à qui que ce soit.

Recommandation 10

La DGSM devrait clairement définir, communiquer et surveiller les rôles et responsabilités de toutes les personnes participant au processus de gestion des risques.

En raison de la préoccupation grandissante que représentent la fraude et les abus dans le programme, il faut établir des lignes directrices plus rigoureuses et les surveiller régulièrement. La haute direction doit faire de la prévention et de la détection des abus potentiels une haute priorité qui exige l'attention complète du personnel dans toute l'organisation. Lorsque cette priorité a été fixée, il faut définir clairement les buts et les objectifs à atteindre dans un laps de temps donné. Les rôles et les responsabilités liés à chacun de ces objectifs doivent être définis et attribués à des personnes en particulier qui devront régulièrement en rendre compte.

5.3 *Imputabilité*

La question de l'imputabilité est étroitement liée à notre observation précédente. Étant donné que les responsabilités n'ont pas été définies et attribuées à des employés en particulier, il n'existe pas de cadre d'imputabilité. On ne saurait tenir les employés

responsables quand ils ne sont pas au courant de leurs responsabilités. De plus, étant donné que les activités n'ont pas été attribuées, les résultats sont surveillés seulement lorsque des cas spéciaux se présentent. Il n'y a pas d'uniformité dans la surveillance ou le rapport des résultats.

Recommandation 11

La DGSM devrait établir un cadre précis d'imputabilité, et définir et communiquer des activités de rapport bien précises afin d'assurer l'uniformité du programme.

Lorsque les employés ont été attribués des rôles et responsabilités, ils doivent rendre compte des résultats qu'ils obtiennent. Les employés doivent continuellement surveiller les résultats et rapporter leurs conclusions à la haute direction.

5.4 Ressources et compétences de base

En raison du degré de risques lié au programme ainsi que de la nature et de la structure dans lesquelles il fonctionne, il semble que la somme actuelle de ressources ne suffise pas à traiter les problèmes comme il se doit. La haute direction doit décider dans quelle mesure elle souhaite mettre des contrôles en oeuvre afin de déterminer clairement les ressources nécessaires.

Afin de disposer d'un cadre de gestion complet des risques, la haute direction doit déterminer le niveau de ressources et les compétences de base nécessaires. Le Programme des SSNA est très complexe et demandera un minimum d'expertise dans des domaines tels les suivants:

- expertise médicale, pharmaceutique et dentaire pour distinguer les comportements ou modèles normaux et anormaux;
- expertise en détection des fraudes afin de documenter les irrégularités comme il se doit en prévision des poursuites judiciaires contre les contrevenants présumés; et
- expertise en vérification afin de relever et de surveiller les risques.

Recommandation 12

La DGSM devrait créer une équipe multidisciplinaire de gestion des risques et dresser une grille des ressources et des compétences de base requises; elle devrait aussi attribuer à cette équipe un mandat clair qui inclurait le processus de gestion globale des risques défini dans la recommandation 4.1.

Lorsque les rôles et les responsabilités sont définis, la haute direction devrait constituer une équipe comprenant du personnel de l'Administration centrale (qui veillerait à l'application des pratiques de repérage et de surveillance des risques) et de représentants de tous les bureaux régionaux (qui apporteraient les renseignements et la perspective des régions sur les activités de traitement des demandes de paiement). Cette équipe préciserait les compétences de base que chaque personne doit posséder pour remplir son rôle et s'acquitter de ses responsabilités.

Il est possible de recourir à du personnel interne s'il possède les compétences appropriées, et de fournir si nécessaire de la formation. La DGSM devrait peser les avantages des partenariats qui lui permettraient de faire appel au besoin à des ressources spécialisées.

5.5 *Cohérence et uniformité*

Au cours de notre examen, nous avons remarqué que des questions communes sont relevées et traitées individuellement dans les régions avec très peu d'intervention de l'Administration centrale. Il n'y a pas assez de cohérence et de partage des initiatives qui traitent ces questions communes.

Recommandation 13

Mettre en oeuvre un processus structuré de résolution de problèmes, coordonné et appuyé par l'Administration centrale.

L'Administration centrale devrait offrir plus de soutien aux régions et participer à la résolution des conflits avec les associations et ordres professionnels car les résultats peuvent avoir des retombées dans toutes les régions.

La structure de partage des initiatives est faible.

Les régions se rencontrent régulièrement pour discuter des idées et échanger des informations, mais il n'y a pas d'ordre du jour officiel et les personnes qui participent aux réunions n'ont pas à rendre compte. Il faudrait suivre un ordre du jour et les participants devraient retourner dans leur région avec un plan d'action pour mettre en oeuvre les nouvelles initiatives exposées lors de la rencontre.

De même, les résultats de vérifications ne sont pas communiqués dans un délai raisonnable et il est par conséquent difficile d'effectuer une surveillance efficace. Les résultats de vérifications sont souvent trop résumés pour être utiles et ne mettent pas nécessairement en évidence les faiblesses, alors les régions ont du mal à surveiller adéquatement la situation.

Recommandation 14

La DGSM devrait formuler et mettre en oeuvre une stratégie de communication interne.

En améliorant la communication et en partageant les meilleures pratiques, la gestion de l'ensemble du programme serait plus rentable et plus efficace. Des lignes directrices et des protocoles de communication doivent être élaborés et mis en oeuvre dans toute l'organisation. De meilleures aptitudes en communications ne feraient qu'améliorer le succès du programme. La responsabilité pour les communications liées au Programme des SSNA devrait incomber à l'équipe de gestion des risques qui pourrait ainsi veiller à ce que les initiatives, les rapports et les résultats soient mis en commun et que l'information soit cohérente dans tout le programme.

Les rapports courants devraient être examinés afin de veiller à ce que les besoins d'information soient comblés et que seule l'information essentielle à la gection du programme et provenant de l'Administration centrale et des régions soit distribuée.

Recommandation 12

La DGSM devrait créer une équipe multidisciplinaire de gestion des risques et dresser une grille des ressources et des compétences de base requises; elle devrait aussi attribuer à cette équipe un mandat clair qui inclurait le processus de gestion globale des risques défini dans la recommandation 4.1.

Lorsque les rôles et les responsabilités sont définis, la haute direction devrait constituer une équipe comprenant du personnel de l'Administration centrale (qui veillerait à l'application des pratiques de repérage et de surveillance des risques) et de représentants de tous les bureaux régionaux (qui apporteraient les renseignements et la perspective des régions sur les activités de traitement des demandes de paiement). Cette équipe préciserait les compétences de base que chaque personne doit posséder pour remplir son rôle et s'acquitter de ses responsabilités.

Il est possible de recourir à du personnel interne s'il possède les compétences appropriées, et de fournir si nécessaire de la formation. La DGSM devrait peser les avantages des partenariats qui lui permettraient de faire appel au besoin à des ressources spécialisées.

5.5 *Cohérence et uniformité*

Au cours de notre examen, nous avons remarqué que des questions communes sont relevées et traitées individuellement dans les régions avec très peu d'intervention de l'Administration centrale. Il n'y a pas assez de cohérence et de partage des initiatives qui traitent ces questions communes.

Recommandation 13

Mettre en oeuvre un processus structuré de résolution de problèmes, coordonné et appuyé par l'Administration centrale.

L'Administration centrale devrait offrir plus de soutien aux régions et participer à la résolution des conflits avec les associations et ordres professionnels car les résultats peuvent avoir des retombées dans toutes les régions.

La structure de partage des initiatives est faible.

Les régions se rencontrent régulièrement pour discuter des idées et échanger des informations, mais il n'y a pas d'ordre du jour officiel et les personnes qui participent aux réunions n'ont pas à rendre compte. Il faudrait suivre un ordre du jour et les participants devraient retourner dans leur région avec un plan d'action pour mettre en oeuvre les nouvelles initiatives exposées lors de la rencontre.

De même, les résultats de vérifications ne sont pas communiqués dans un délai raisonnable et il est par conséquent difficile d'effectuer une surveillance efficace. Les résultats de vérifications sont souvent trop résumés pour être utiles et ne mettent pas nécessairement en évidence les faiblesses, alors les régions ont du mal à surveiller adéquatement la situation.

Recommandation 14

La DGSM devrait formuler et mettre en oeuvre une stratégie de communication interne.

En améliorant la communication et en partageant les meilleures pratiques, la gestion de l'ensemble du programme serait plus rentable et plus efficace. Des lignes directrices et des protocoles de communication doivent être élaborés et mis en oeuvre dans toute l'organisation. De meilleures aptitudes en communications ne feraient qu'améliorer le succès du programme. La responsabilité pour les communications liées au Programme des SSNA devrait incomber à l'équipe de gestion des risques qui pourrait ainsi veiller à ce que les initiatives, les rapports et les résultats soient mis en commun et que l'information soit cohérente dans tout le programme.

Les rapports courants devraient être examinés afin de veiller à ce que les besoins d'information soient comblés et que seule l'information essentielle à la gection du programme et provenant de l'Administration centrale et des régions soit distribuée.

5.7 Examen de la consommation pharmaceutique ou Système d'établissement du profil des fournisseurs de services dentaires

L'Examen de la consommation pharmaceutique (ECP) est un système utilisé pour relever et suivre de près les cas de consommation excessive de médicaments agissant sur le système nerveux central couverts par le Programme des SSNA. Plusieurs régions se servent de ce programme pour relever les abus ou fraudes potentiels. De même, le Système d'établissement du profil des fournisseurs de services dentaires (PFSD) sert, dans ce domaine, à relever les traitements inopportuns et les cas où un autre traitement peut être utilisé. Le PFSD n'est pas autant utilisé que l'ECP car il a été instauré récemment et les intéressés sont encore en train de l'apprendre. En raison de l'usage limité du PFSD, nos observations portent principalement sur l'ECP.

Recommandation 15

La DGSM devrait mettre en oeuvre des politiques et procédures qui feront en sorte que toutes les régions utilisent uniformément l'ECP et le PFSD pour interpréter et surveiller l'utilisation excessive du programme et relever les fraudes possibles.

Nous recommandons de plus que les régions les plus expérimentées encadrent régulièrement les autres et leur communiquent leurs techniques. Des séances d'information officielles utilisant des données réelles devraient être organiser tous les trois mois. Il serait facile d'établir et de diffuser chaque mois dans un bulletin transmis par courrier électronique les meilleures pratiques concernant l'utilisation de l'ECP.

Dans plusieurs cas, des pharmaciens ou des fonctionnaires des régions ont indiqué qu'ils ne savaient pas trop quoi faire des résultats de l'ECP. Même si la formation de l'équipe de gestion du risque permettra de répondre à certaines de ces questions, le Comité consultatif de l'ECP pourrait inclure dans le protocole actuel des renseignements précis sur la détection des abus ou de la fraude. Quoique son mandat initial ne soit pas de rechercher des signes d'abus ou de fraude mais d'examiner les résultats dans le domaine de la santé, ces éléments pourraient être ajoutés à ses attributions. Le protocole devrait inclure au moins:

- la marche à suivre pour repérer les contrevenants potentiels;
- en cas de soupçon d'abus, les renseignements supplémentaires nécessaires pour confirmer le soupçon, par exemple l'analyse supplémentaire des rapports;

5.7 Examen de la consommation pharmaceutique et Système d'établissement du profil des fournisseurs de services dentaires

L'Examen de la consommation pharmaceutique (ECP) est un système utilisé pour relever et suivre de près les cas de consommation excessive de médicaments agissant sur le système nerveux central couverts par le Programme des SSNA. Plusieurs régions se servent de ce programme pour relever les abus ou fraudes potentiels. De même, le Système d'établissement du profil des fournisseurs de services dentaires (PFSD) sert, dans ce domaine, à relever les traitements inopportuns et les cas où un autre traitement peut être utilisé. Le PFSD n'est pas autant utilisé que l'ECP car il a été instauré récemment et les intéressés sont encore en train de l'apprendre. En raison de l'usage limité du PFSD, nos observations portent principalement sur l'ECP.

Recommandation 15

La DGSM devrait mettre en oeuvre des politiques et procédures qui feront en sorte que toutes les régions utilisent uniformément l'ECP et le PFSD pour interpréter et surveiller l'utilisation excessive du programme et relever les fraudes possibles.

Nous recommandons de plus que les régions les plus expérimentées encadrent régulièrement les autres et leur communiquent leurs techniques. Des séances d'information officielles utilisant des données réelles devraient être organiser tous les trois mois. Il serait facile d'établir et de diffuser chaque mois dans un bulletin transmis par courrier électronique les meilleures pratiques concernant l'utilisation de l'ECP.

Dans plusieurs cas, des pharmaciens ou des fonctionnaires des régions ont indiqué qu'ils ne savaient pas trop quoi faire des résultats de l'ECP. Même si la formation de l'équipe de gestion du risque permettra de répondre à certaines de ces questions, le Comité consultatif de l'ECP pourrait inclure dans le protocole actuel des renseignements précis sur la détection des abus ou de la fraude. Quoique son mandat initial ne soit pas de rechercher des signes d'abus ou de fraude mais d'examiner les résultats dans le domaine de la santé, ces éléments pourraient être ajoutés à ses attributions. Le protocole devrait inclure au moins:

- la marche à suivre pour repérer les contrevenants potentiels;
- en cas de soupçon d'abus, les renseignements supplémentaires nécessaires pour confirmer le soupçon, par exemple l'analyse supplémentaire des rapports;

- les renseignements supplémentaires à obtenir afin de confirmer ou d'éliminer le soupçon, par exemple, confirmer certains détails avec le fournisseur et demander des explications concernant certaines tendances;
- le processus à suivre lorsque toute l'information a été recueillie, c'est-à-dire ce qu'il faut faire au niveau de la région avant de communiquer avec l'Administration centrale ou la Direction de la vérification interne;
- la définition claire des rôles et responsabilités de FCH, des régions, de l'Administration centrale, de la Direction de la vérification interne, des Services juridiques et de la GRC; et
- d'autres outils et techniques à la disposition des régions qui ont des soupçons sur des fournisseurs.

ANNEXES

SANTÉ CANADA CLIENT PROCESSUS	RISQUE	CONTRÔLES STRATÉGIE DE GESTION DES RISQUES
1. Inscription des clients	• Le client fait une fausse déclaration pour être admissible aux services. • Le client est décédé et le MAIN n'a pas été averti.	• Le système vérifie la concordance entre le réclamant et la liste des clients des SSNA (code de refus R05). Le système exige au moins un identificateur primaire (identification du client ou n° de bande) et 2 identificateurs secondaires (nom, prénom et date de naissance).
2. Le client reçoit une ordonnance, des soins dentaires, du matériel ou des fournitures médicaux	• Le client s'entend avec le fournisseur et ne reçoit pas le médicament, le matériel ou les services dentaires pour lesquels un paiement est demandé. • Le client reçoit un médicament, du matériel ou des services dentaires qui coûtent moins cher que ceux qui sont réclamés. • Le client reçoit des médicaments, du matériel ou des services dentaires qui ne sont pas nécessaires. • Le client fait appel à différents praticiens pour obtenir les mêmes services. • Le client utilise une fausse ordonnance pour obtenir des médicaments dans diverses pharmacies. • Le client fait renouveler l'ordonnance avant que l'autre soit terminée. • Le client consomme trop de médicament.	• Le point de service contrôlera certains de ces risques en effectuant une vérification en temps réel si le cas s'est présenté à l'intérieur d'une certaine période. • Le système affichera un message d'ECP au pharmacien lorsqu'il remplit l'ordonnance. Le pharmacien a le choix de ne pas tenir compte du message.

SANTÉ CANADA CLIENT		
PROCESSUS	RISQUE	CONTRÔLES STRATÉGIE DE GESTION DES RISQUES
2. Le client reçoit une ordonnance, des soins dentaires, du matériel ou des fournitures médicaux.	• Le client est inadmissible à recevoir les services: ◊ n'a pas de numéro d'identification de client valide; ◊ le numéro est valide mais c'est celui d'une autre personne; ◊ ne vérifie pas la validité du numéro avant de rendre les services.	• Le système vérifie l'admissibilité du client dans les dossiers des SSNA. Si le client n'est pas admissible, la demande est rejetée (R05). • Le système établit la correspondance entre le numéro du client et d'autres renseignements sur le client (c.-à-d. nom, prénom et date de naissance). Le système ne peut pas déceler les cas de collusion ou de fraude. • Le système effectuera une vérification de la période d'admissibilité. Si le service est fourni en dehors de cette période, la demande est rejetée (R23 ou R24).

PROCESSUS	SANTÉ CANADA CLIENT RISQUE	CONTRÔLES STRATÉGIE DE GESTION DES RISQUES
3. Dépôt de la demande	• Le formulaire de demande n'est pas bien rempli (renseignements insuffisants sur le service, le client ou le fournisseur). • Le fournisseur de service soumet, à l'aide d'un code de praticien valide ou invalide, une demande pour des médicaments, du matériel ou un service qui n'ont jamais été fournis. • Le client est couvert par le programme d'un tiers mais ne l'indique pas sur le formulaire de demande (c.-à-d. Régime provincial ou autre).	• Le système demande des renseignements obligatoires avant de traiter la demande (c.-à-d. date du service, identificateur du prescripteur, numéro de l'ordonnance, identificateur du médicament, coût, quantité, identificateur du client), sinon il la rejette (R14). • La stratégie recommandée par FCH prévoit que les confirmations des clients sont envoyées aux utilisateurs du programme afin de vérifier que les services ont bien été fournis. Quoique les confirmations des clients ne permettront pas de déceler les collusions, la stratégie peut être efficace pour repérer les fraudes de fournisseurs si les clients n'ont pas pris part aux activités frauduleuses. • Le système est tributaire de l'honnêteté du client ou des renseignements fournis précédemment. Si le client a déjà été couvert par le régime d'un tiers, la demande est mise en attente (pour le programme dentaire seulement) jusqu'à ce qu'on ait vérifié que le client n'est plus admissible à cette couverture.

SANTÉ CANADA FOURNISSEUR DE SERVICE PROCESSUS	RISQUE	CONTRÔLES STRATÉGIE DE GESTION DU RISQUE
1. Inscription des fournisseurs	• Le fournisseur déclare à tort qu'il est qualifié soit parce qu'il ne possède pas de permis, soit parce qu'il n'est pas en règle avec l'organisme de réglementation professionnelle. • Le fournisseur ne répond plus aux critères d'admissibilité utilisés à l'origine pour obtenir le titre de praticien autorisé ◊ perd son permis après son inscription ◊ perd son statut de membre en règle de l'organisme de réglementation professionnelle après y voir été inscrit. • Le fournisseur se retire des affaires mais n'annule pas le numéro, ou vend son bureau ou sa pharmacie et n'avertit pas la DGSM. • Le fournisseur déménage mais n'envoie pas d'avis.	• Le fournisseur doit posséder un numéro valide de fournisseur et être inscrit avec la firme pour avoir le droit de présenter des demandes de paiement dans le cadre du programme. Lorsqu'une demande est soumise, le système vérifie si le numéro du fournisseur figure dans la base de données afin de confirmer son admissibilité (R10). • FCH compte dans une certaine mesure sur les bulletins d'information de l'organisme de réglementation professionnelle pour obtenir les avis de mauvaise conduite.
2. Le fournisseur fournit des services	• Fournit le service mais n'obtient pas: ◊ le numéro de vérification préalable de la limite de fréquence ◊ l'approbation préalable pour un service en particulier. • Fournit un service qui n'est pas couvert par le Programme des SSNA. • Fournit des services non nécessaires. • Le médicament est dispensé sans ordonnance du médecin ou le médecin en question a pris sa retraite.	• Le système vérifie les limites de fréquence de certains services. S'ils ont déjà été fournis au cours de la période permise, la demande est refusée. • Si le service doit être approuvé au préalable, le système vérifie automatiquement le numéro d'approbation quand la demande est traitée. Si le numéro d'approbation préalable n'a pas été reçu, la demande est refusée (R49). • Le système effectue automatiquement une vérification de l'admissibilité au service. Si le service n'est pas couvert par le régime, il est refusé d'être traité (R04).

SANTÉ CANADA FOURNISSEUR DE SERVICE PROCESSUS	RISQUE	CONTRÔLES STRATÉGIE DE GESTION DU RISQUE
3. Le fournisseur facture	• Le fournisseur demande le paiement du service au Programme des SSNA et au régime d'un tiers, facturant ainsi le service deux fois. • Le service est couvert par un régime provincial mais le fournisseur ne le sait pas. • La province et les SSNA ne s'entendent pas sur qui devrait couvrir le service (le fournisseur ne rentre pas dans son argent car les deux parties refusent de couvrir le service). • Le fournisseur ne respecte pas la facturation déterminée ou le barème des frais d'exécution d'ordonnance. • Le fournisseur utilise un code de service pour lequel il existe un code de service de rechange qui est moins coûteux (c.-à-d. médicaments générique). • Le fournisseur facture le même service deux fois. • Le fournisseur inscrit un code de service erroné. • Le fournisseur facture des services fictifs (c.-à-d. le client n'est pas venu chez le dentiste depuis X années et le dentiste commence à demander le paiement de services. Le dentiste pourrait demander le paiement de services à des clients admissibles tout en sachant qu'ils ne demandent pas les services ailleurs). • La demande actuelle ne concorde pas avec la demande précédente (c.-à-d. traitement d'une dent qui a déjà été enlevée). • Le service est fourni avant ou après la période d'admissibilité du client.	• Le système se fie aux antécédents du client et du fournisseur (c.-à-d. si le client a déjà été couvert par une assurance d'un tiers, le système met automatiquement la demande en suspens (pour les services dentaires seulement) si cette assurance n'a pas été déduite). • Le système vérifie si la demande ne peut être transmise à la province dans le cadre de régimes provinciaux séparés (R20). • Le système est programmé pour relever les services couverts par la province, sinon le Programme des SSNA assume la dépense. • Le système est programmé pour vérifier les coûts facturés en fonction des contrats signés dans chaque province. • Le système vérifie certains coûts pour veiller à ce que la solution la plus économique soit choisie. • Le système effectue un contrôle de la demande en double selon certains renseignements (date du services, n° de fournisseur, n° du client et n° de l'ordonnance) et si les renseignements sont identiques, la demande est refusée (R07). • Le système vérifie le code du service et les frais professionnels correspondants (R37). • Le système vérifie certains renseignements précédents afin de voir si le traitement est raisonnable. S'il détecte un conflit, la demande est rejetée (R35 ou R36). • Le système vérifie les dates d'admissibilité afin de confirmer que le client était admissible à la date où il a reçu le service.

SANTÉ CANADA FOURNISSEUR DE SERVICE PROCESSUS	RISQUE	CONTRÔLES STRATÉGIE DE GESTION DU RISQUE
4. Inscription du client	• L'inscription du client est mal entrée dans la base de données. • Les renseignements sur le client sont mis à jour incorrectement ou sans autorisation. • La DGSM n'inscrit pas les modifications des renseignements sur le client en temps opportun. • L'inscription du client n'est pas vérifiée dans la liste des Indiens inscrits du MAIN. • L'admissibilité des personnes à charge et la couverture par l'assurance d'un tiers ne sont pas vérifiées. • Manque de séparation des tâches entre les commis au traitement des demandes et ceux qui peuvent inscrire les clients.	• Concordance des données de la DGSM et de FCH, ainsi que de la DGSM et du MAIN. • Les commis au traitement des demandes ne peuvent inscrire ou ajouter des clients.
5. Inscription des fournisseurs	• L'inscription du fournisseur est mal entrée dans la base de données. • L'inscription du fournisseur n'est pas autorisée.	• Le système vérifie le numéro de fournisseur sur la liste des fournisseurs autorisés dans la base de données (R10).
6. Mise à jour des renseignements sur le régime	• Les renseignements sur le régime ne sont pas mis à jour en temps opportun. • Les clients ou les fournisseurs ne sont pas avertis en temps opportun des modifications apportées au régime.	• Des bulletins sont distribués périodiquement pour diffuser les modifications.

SANTÉ CANADA FOURNISSEUR DE SERVICE PROCESSUS	RISQUE	CONTRÔLES STRATÉGIE DE GESTION DU RISQUE
7. Détermination et vérification préalables	• Le numéro de détermination ou de vérification préalable est fourni sans référence adéquate au régime des SSNA ou n'est pas autorisé comme il se doit. • Le numéro de détermination ou de vérification préalable a déjà été utilisée sur une demande précédente. • Le numéro de détermination ou de vérification n'a pas été émis pour la demande en cours. • La fréquence de la demande dépasse le maximum permis.	• Le système vérifie s'il existe un code valide de détermination préalable avant de traiter la demande (R49). • Le système vérifie si une approbation préalable a déjà été utilisée sur une demande précédente; dans l'affirmation, la demande est refusée (R48). • Le système ne traitera pas les demandes qui exigent une approbation ou une détermination préalables et ne possèdent pas de numéro valide. • Le système enregistre les dépenses précédentes et veille à ce que les sommes n'excèdent pas le maximum permis, sinon la demande est refusée (R50).
8. Les renseignements sur le client, le fournisseur et le régime sont transmis à la firme de traitement électronique visant les dentistes et les pharmaciens	• Les renseignements sur le client, le fournisseur et le régime ne sont pas fournis en temps opportun. • Les contrôles de la firme de traitement électronique manquent d'intégrité.	• Santé Canada a le droit d'effectuer une vérification annuelle des contrôles entourant le traitement des demandes.
9. La demande est envoyée directement par le fournisseur de service par voie électronique	• Les demandes envoyées par le fournisseur de service ne sont pas reçues. • Les demandes sont mises en attente (programme dentaire seulement) dans des fichiers qui ne sont pas examinés en temps opportun.	
10. La demande est reçue directement du client	• La demande est mal entrée dans l'ordinateur. • Le formulaire de demande est mal rempli ou signé.	

SANTÉ CANADA FOURNISSEUR DE SERVICE PROCESSUS	RISQUE	CONTRÔLES STRATÉGIE DE GESTION DU RISQUE
11. La demande est vérifiée	• Le numéro de fournisseur ne correspond pas aux renseignements. Le fournisseur est: ◊ valide mais la base de données est erronée ou pas mise à jour en temps opportun ◊ valide mais le numéro entré est erroné. • Le numéro de client ne correspond pas aux renseignements. Le client est: ◊ valide mais la base de données est erronée ou pas mise à jour en temps opportun ◊ valide mais le numéro entré est erroné. • La demande correspond à un service fourni il y a plus d'un an. • La demande de paiement de médicament ou de matériel médical est annulée après avoir été soumise électroniquement parce que le client n'est pas venu chercher le médicament ou le matériel médical. • Les demandes importantes ne sont pas approuvées par un superviseur. • La demande est soumise électroniquement par le fournisseur et sur papier par le client. • Le médicament, le matériel ou le service n'est pas approprié pour la personne en cause (sexe/âge).	• Le système ne traite pas les demandes si le numéro de fournisseur ne figure pas dans la base de données. La demande est automatiquement refusée. • Le programme de vérification du lendemain examine le bien-fondé des ordonnances par rapport au sexe et à l'âge. • Le système établit une correspondence entre les renseignements sur le client et ceux de la base de données du Système de vérification du statut (SVS). Le système exige des renseignements primaires et secondaires sur le client avant de traiter la demande. Si l'information ne concorde pas, la demande est refusée pour le motif qu'il est impossible d'établir l'admissibilité du client. • Le système vérifie la date du service et refuse les demandes qui remontent à un an ou plus.

SANTÉ CANADA FOURNISSEUR DE SERVICE PROCESSUS	RISQUE	CONTRÔLES STRATÉGIE DE GESTION DU RISQUE
12. Paiement au fournisseur ou au client	• Le paiement est traité deux fois. • Le paiement n'est pas effectué en temps opportun. • L'adresse sur le formulaire de demande ne concorde pas avec celle du client ou du fournisseur entrée dans la base de données. • Le paiement revient car il est non distribuable à l'adresse indiquée. • La formule de chèque et les signatures du chèque ne sont pas assez bien protégées. • Les chèques reviennent aux commis aux demandes pour être envoyés. • Les chèques correspondant à des sommes élevées ne sont pas signés à la main. • L'authenticité des chèques encaissés n'est pas vérifiée.	
13. La demande est rejetée	• Le fournisseur ou le client ne reçoit pas d'explication prompte et convenable sur le refus de la demande, surtout pour les services dentaires où le refus n'est pas automatique (peut prendre jusqu'à deux semaines).	
14. La DGSM est facturée pour des demandes payées	• La DGSM est facturée pour des demandes applicables à des clients qui ne font pas partie du Programme des SSNA. • La DGSM est facturée à des taux qui ne correspondent pas au barème des tarifs des SSNA. • Les frais d'administration facturés ne concordent pas avec l'entente d'ASO.	

Annexe B

Liste des documents les plus importants examinés au cours de notre étude:

- les rapports annuels du Programme des services de santé non-assurés de 1996-1997 et 1997-1998;
- des renseignements sur l'industrie obtenus dans les bases de données de Ernst & Young;
- les ébauches des programmes de vérification de FCH pour les services dentaires et pharmaceutiques;
- le rapport du Vérificateur général du Canada à la Chambre des communes sur Santé Canada — Santé des Premières nations;
- plusieurs coupures de presse sur le programme et sur les cas d'abus;
- le contrat avec FCH et l'énoncé des exigences;
- des bulletins d'information du Programme des SSNA et d'autres formes de communication;
- les trousses des fournisseurs;
- le protocole d'examen de la consommation pharmaceutique;
- le document détaillé de conception de FCH;
- plusieurs rapports régionaux; et
- des exemples de rapports de vérification de l'ancienne firme de traitement des demandes.

Annexe C - Méthodologie proposée par FCH

La méthodologie qui suit est un résumé de la démarche et de la stratégie proposées par FCH. Cette méthodologie n'est qu'un aspect du cadre de gestion globale. De plus, Santé Canada a négocié un contrat avec FCH qui exige d'effectuer un minimum de vérification seulement. Ces deux éléments ont des retombées considérables sur la méthodologie proposée et devraient être pris en compte en examinant l'approche.

Notre résumé se concentre sur l'approche pour les services pharmaceutiques mais, d'après ce qui ressort de notre examen de la documentation, la stratégie globale pour les services dentaires est semblable; la seule différence résidant dans les critères de vérification. Par conséquent, les faiblesses relevées dans le programme de vérification des services pharmaceutiques pourraient s'appliquer au programme dentaire.

Phase 1: Sélection des fournisseurs à vérifier

Cette première section énumère les activités de sélection des fournisseurs à vérifier.

INTRANT	ACTIVITÉ	EXTRANT
Une quantité donnée de demandes de paiement du trimestre est téléchargée dans un programme qui dresse un profil des fournisseurs.	L'information est analysée en fonction de certains critères de vérification afin de relever les irrégularités possibles. Les facteurs de risque sont définis comme suit: • coût moyen le plus élevé des demandes d'une période donnée; • soumission la plus élevée des demandes de paiement de composés; • soumission la plus élevée des demandes de paiement de fournitures et d'appareils médicaux; • soumission la plus élevée des demandes de paiement de médicaments en vente libre; • soumission la plus élevée des demandes de paiement de substances contrôlées; • volume général le plus élevé des demandes d'un fournisseur dans une période donnée; et • soumission la plus élevée des demandes par client.	Les 60 premiers fournisseurs par catégorie et par région sont encore analysés davantage chaque trimestre.
Les 60 premiers fournisseurs de chaque catégorie et de chaque région sont analysés chaque trimestre.	Un analyste examine de près le groupe à risque élevé afin d'évaluer les irrégularités potentielles. Des comparaisons sont effectuées avec le trimestre précédant afin de relever les écarts.	Une liste de contrôle de l'examen analytique est remplie pour chaque fournisseur à risque élevé afin de faciliter et de documenter l'analyse à effectuer. Les 15 fournisseurs potentiels à risque élevé feront l'objet d'une vérification sur place au prochain trimestre.
La liste des 15 principaux fournisseurs à risque est soumise pour approbation à la DGSM deux semaines avant le trimestre suivant.	La DGSM avertit les régions des vérifications à venir et demande leurs commentaires sur la sélection.	La liste des fournisseurs potentiels à vérifier pendant le trimestre est modifiée en fonction des renseignements reçus des régions et de l'Administration centrale de la DGSM.
Confirmation avec FCH de la liste des fournisseurs à vérifier.	FCH informe les fournisseurs en cause d'une vérification prochaine sur place.	Vérification sur place.

Phase 2: Vérifications sur place

Lorsque les fournisseurs à vérifier ont été choisis, FCH effectue les vérifications sur place. L'objectif est de veiller à ce que les pharmacies traitent et documentent comme il se doit les demandes soumises pour paiement au nom du Programme des SSNA. Une vérification sur place typique s'effectue généralement en une journée, mais il faut aussi prévoir une période de préparation et de suivi. Voici un résumé des activités menées pour les vérifications sur place.

INTRANT	ACTIVITÉ	EXTRANT
Obtenir du service du système d'information le "relevé des demandes pour vérification" de la pharmacie et de la période en cause.	Les demandes inscrites sur le relevé sont triées par NID, quantité et posologie quotidienne afin de vérifier si cette dernière concorde avec les lignes directrices cliniques approuvées. Les demandes sont aussi triées par patient, NID et quantité. Un sous-total par client est effectué et le bien-fondé clinique des demandes les plus élevées est vérifié.	Les demandes irrégulières sont ensuite sélectionnées pour être examinées au cours de la vérification sur place.
Les demandes du relevé sont aussi réparties dans les catégories suivantes: • narcotiques; • composés; • produits en vente libre; • fournitures et matériel médicaux; et • ordonnances régulières.	Selon la raison pour laquelle la pharmacie a été choisie, des procédés spéciaux sont choisis pour la vérification sur place. Pour les principales catégories relevées, un minimum de 50 ordonnances ou 80 % de toutes les ordonnances (s'il y en a moins de 50) sont choisies pour être vérifiées sur place.	Liste des ordonnances à vérifier pendant la vérification sur place fondée sur le risque lié à la pharmacie en cause.
S'il est disponible, le relevé des ordonnances annulées par la pharmacie est obtenu et examiné.	Un échantillon des 10 demandes annulées pour des clients des SSNA ayant la plus grande valeur monétaire sont comparées aux demandes payées par les SSNA afin de vérifier que les ordonnances annulées n'ont pas été remboursées par FCH.	L'assurance que les ordonnances sont exécutées quand elles sont réclamées au Programme des SSNA. Si le client ne vient pas la chercher, la demande aux SSNA est annulée.

Phase 2: Vérifications sur place (suite)

INTRANT	ACTIVITÉ	EXTRANT
Liste des ordonnances à vérifier (échantillon de 50)	Les ordonnances sur papier sont obtenus pour l'échantillon choisi et comparées aux demandes présentées aux SSNA afin d'en vérifier l'exactitude. Si l'ordonnance est verbale, on vérifiera qu'elle respecte la législation provinciale en la matière. Dans la négative, on obtient d'autres renseignements pour confirmer les services avec le client ou le prescripteur.	Liste des activités irrégulières et sommes à récupérer du fournisseur. Liste des ordonnances à confirmer avec le client ou le prescripteur.
Liste des ordonnances verbales qui ne répondent pas aux exigences légales de la province.	Des demandes de confirmation que l'ordonnance a été exécutée sont envoyées aux clients. S'ils ne peuvent pas répondre, une demande de confirmation sera envoyée au prescripteur. Un minimum de 20 confirmations des clients et de 20 confirmations d'ordonnances seront envoyées pour chaque vérification sur place.	Calcul et réclamation du paiement en surplus si approprié.
Résultats du programme de vérification	Les résultats sont envoyés à la pharmacie pour commentaires.	Rapport contenant les commentaires de la haute direction.
Écarts acceptés	Les écarts acceptés seront récupérés par FCH et versés dans un compte distinct des SSNA.	Recouvrements pour les SSNA.
Résultats de la vérification, recommandations et recouvrement	Un rapport sommaire est préparé pour distribution tous les trimestres à l'Administration centrale de la DGSM et aux régions.	Rapport sommaire.

Techniques supplémentaires de vérification proposées par FCH

Afin d'aborder d'autres risques qui échappent aux vérifications sur place, FCH a proposé des techniques supplémentaires de vérification pour réduire le risque global. Un résumé de ces procédés qui complètent la méthodologie et la stratégie de vérification globales proposées par FCH figure ci-après.

INTRANT	ACTIVITÉ	EXTRANT
Plusieurs types de relevés comme le rapport des composés, le rapport du lendemain en ligne ou le rapport sur la coordination privée des services, sont obtenus du service du système d'information.	**Vérification du lendemain:** Les demandes répondant à certains critères (c.-à-d. de plus de 100 $, les demandes multiples pour le même client, les demandes avec un code d'intervention et les demandes pour des médicaments composés et en vente libre) sont examinées afin de déterminer si une enquête poussée se justifie. Si le pharmacien ne veut pas faire les corrections, FCH annulera au besoin la demande.	Liste des demandes qui exigent une enquête poussée.
Vérification du lendemain: Demandes qui exigent une enquête poussée.	FCH effectuera divers suivi sur les demandes qui exigent une enquête poussée tel que: • demande téléphonique à la pharmacie; • demande de confirmation au client; • obtention par télécopieur de documents d'appoint du fournisseur; • demander à la pharmacie d'effectuer des corrections en ligne et d'entrer de nouveau la demande avec l'information correcte; et • si le pharmacien ne veut pas faire les corrections, FCH annulera la demande.	Toutes les communications avec les pharmacies sont entrées dans un tableur Excel résumant le résultat de la vérification du lendemain et sont transmises chaque trimestre à la DGSM.
Plaintes des clients et de la DGSM: Toutes les plaintes reçues des clients et de la DGSM sont transmises au Centre des demandes de renseignements de FCH par un numéro d'appel sans frais.	La plainte est examinée et entraîne au besoin une enquête poussée. Si le problème ne peut pas être résolu, il peut faire l'objet d'une vérification sur place avec l'approbation de la DGSM.	Résolution des plaintes des clients au moyen d'une enquête supplémentaire ou d'une vérification sur place qui peut se solder par des recouvrements pour les SSNA.

Réponse de la Direction générale des services médicaux (DGSM)
à l'ébauche de recommandations sur l'examen de la première méthodologie
de vérification comptable (audit) proposée pour les Soins de santé au Canada
Ernst & Young
19 avril 1999

Les **recommandations 1, 2, 9, 10, 11, 12, 13 et 14** de l'ébauche d'Ernst & Young se rapportent à la mise sur pied et la direction d'une équipe de gestion des risques ayant pour but de se pencher sur les risques de facturation abusive dans les Services de santé non assurés (SSNA). En réponse à ces recommandations, les SSNA mettront en oeuvre un Comité de gestion des risques (CGR). Les **recommandations 1, 2, 9, 10, 11, 12, 13 et 14** sont énumérées ci-dessous et sont ensuite suivies par la réponse qu'y apporte le programme des SSNA.

Recommandation 1

La DGSM devrait intensifier les activités de vérification en établissant une équipe de gestion des risques, jusqu'à ce qu'il y ait des preuves que les exagérations ou les fraudes ont diminué et ont atteint un niveau raisonnable.

Recommandation 2

La DGSM devrait modifier le contrat actuel avec FCH afin de mieux la dédommager au chapitre du recouvrement des coûts et d'intensification des activités de vérification.

Recommandation 9

La DGSM devrait mettre en oeuvre un processus de gestion des risques comme il est décrit dans la section 4.0 de notre rapport.

Recommandation 10

La DGSM devrait définir clairement, communiquer et surveiller les rôles et responsabilités de toutes les personnes participant au processus de gestion des risques.

Recommandation 11

La DGSM devrait établir un cadre précis d'imputabilité, et définir et communiquer des activités de rapport bien précises afin d'assurer l'uniformité du programme.

Recommandation 12

La DGSM devrait créer une équipe multidisciplinaire de gestion des risques et dresser une grille des ressources et des compétences de base requises; elle devrait aussi attribuer à cette équipe un mandat clair qui inclurait le processus de gestion globale des risques défini dans la recommandation 4.1.

Recommandation 13

Mettre en oeuvre un processus structuré de résolution de problèmes, coordonné et appuyé par l'Administration centrale.

Recommandation 14

La DGSM devrait formuler et mettre en oeuvre une stratégie de communication interne.

Réponse aux recommandations 1, 2, 9, 10, 11, 12, 13 et 14:

Le plan de travail et l'échéancier du CGR sont les suivants:

1. Mettre en oeuvre un CGR - quatrième trimestre de 1999-2000
2. Définir les rôles et responsabilités du CGR - quatrième trimestre de 1999-2000
3. Identifier les risques du programme des SSNA - premier trimestre de 2000-2001
4. Développer et mettre en oeuvre les contrôles de risques - deuxième trimestre de 2000-2001
5. Monitorer les contrôles et enquêtes concernant les irrégularités - en cours
6. Réviser le programme de vérification des fournisseurs et déterminer les améliorations à apporter au programme de vérification - en cours
7. Rendre compte des activités et réalisations du CGR - en cours

Recommandation 3

FCH devrait instaurer un programme de formation qui permettrait aux employés d'acquérir les compétences de base.

Réponse: À la fin de l'année financière 1999-2000, la FCH développera un programme de formation, organisera des programmes externes là où c'est nécessaire et préparera un calendrier de mise en oeuvre pour la formation en vérification dans deux domaines:

1. Formation générale en vérification, vérification médico-légale, techniques de vérification et gestion des risques.
2. Formation spécifique reliées aux particularités des programmes de vérification pour la FCH.

Recommandation 4

Tel qu'il est proposé dans l'approche de vérification de FCH (Phase 1, Choix de la vérification), la DGSM devrait veiller à ce qu'un processus structuré soit mis en place afin d'obtenir l'avis des bureaux régionaux en ce qui concerne la sélection des fournisseurs qui feront l'objet de vérifications sur place.

Réponse: Les résultats des tests d'établissement de profils pour le fournisseur régional sont analysés conjointement par l'administration centrale de la DGSM et le personnel régional. La liste des audités potentiels découle de cette analyse. Les directeurs régionaux prennent la décision finale pour ce qui est des audités potentiels dans leurs régions. De plus, les directeurs régionaux ont le pouvoir, en tout temps, de soumettre un fournisseur pour vérification.

Recommandation 5

La DGSM et FCH devraient examiner régulièrement les indicateurs de rendement de sorte que les problèmes courants soient pris en compte au moment de choisir les fournisseurs susceptibles de faire l'objet d'une vérification.

Réponse: L'établissement d'un profil de données de réclamations basé sur quelques paramètres se fait maintenant mensuellement afin de déterminer les audités potentiels. Le programme de vérification sera évalué sur une base annuelle afin d'apprécier son efficacité et les changements à y apporter.

Recommandation 6

FCH devrait effectuer des vérifications au hasard.

Réponse: Le programme de vérification des fournisseurs actuel est supérieur au précédent. L'analyse du jour suivant en direct, a amélioré les composantes d'établissement de profils, et l'engagement à faire au moins 60 vérifications individuelles par année dans chaque domaine de bénéfices apporte une amélioration de la capacité de vérification des SSNA. À mesure que les vérifications deviennent plus détaillés, la nécessité de faire des vérifications aléatoires diminue. L'équipe de gestion des risques des SSNA monitorera l'efficacité du programme de vérification et déterminera le nombre de vérifications requis selon les conclusions.

Recommandation 7

FCH devrait assurer un suivi relativement à toutes les demandes de confirmation restées sans réponse pendant une période déterminée.

Réponse: Dès le 1er septembre 1999, la FCH amendera le programme de vérification en pharmacie afin d'inclure un suivi de toutes les absences de réponses à des demandes de confirmation dans un délai donné. Se rendant compte des limitations des systèmes de logiciels pharmaceutiques, où le numéro de téléphone n'est pas une donnée obligatoire dans les règlements de la pharmacie, et se rendant compte des difficultés de demander au prescripteur une confirmation alors qu'il n'y a pas d'incitation (c.-à-d. paiement) pour lui, la FCH mettra en oeuvre une procédure de suivi qui rencontre les exigences du programme de SSNA.

Recommandation 8

De concert avec la DGSM, FCH devrait mettre en oeuvre un processus de pénalisation plus agressif envers les contrevenants.

Réponse: Tous les cas d'abus de facturation par un fournisseur sont portés à l'attention de la DGSM pour qu'elle agisse. Dans les cas de surfacturation mineure, on procède au recouvrement et on surveille ensuite le fournisseur pour s'assurer qu'il continue à facturer selon les normes. Dans les cas plus graves, la DGSM travaillera avec la Direction de la vérification interne (DVI) pour enquêter sur la possibilité de fraude. Dans tous les cas où de graves irrégularités de

facturation sont confirmées, les privilèges de paiement du fournisseur seront suspendus avec des procédures de recours. Lorsque l'on soupçonne une fraude, le cas sera soumis à la GRC pour investigation criminelle et/ou référé au service juridique qui intentera des procédures civiles. Les fonds escroqués devront être recouvrés.

Recommandation 15

La DGSM devrait mettre en oeuvre des politiques et procédures qui feront en sorte que toutes les régions utilisent uniformément l'ECP et le PFSD pour interpréter et surveiller l'utilisation excessive du programme et relever les fraudes possibles.

Réponse: Le Ministère de la Justice évalue actuellement l'utilisation des renseignements du client dans les ECP et SMPD selon les préalables spécifiés dans la Loi sur la protection des renseignements personnels de même que la Charte des droits et libertés. La SSNA continuera de poursuivre les ECP et SMPD aux degrés maximaux permis selon les termes et conditions de ces lois.